Dorastanie osób z niepełnosprawnością intelektualną

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Żaneta Stelter

Dorastanie osób z niepełnosprawnością intelektualną

Wydawnictwo Naukowe Scholar
Warszawa 2009

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Recenzenci: prof. dr hab. Roman Ossowski, UKW Bydgoszcz
dr hab. Hanna Liberska, prof. UKW Bydgoszcz

Redakcja: *Patryk Sapała*

Korekta: *Anna Kaniewska*

Projekt okładki: *Marta Kurczewska*

Publikacja dofinansowana ze środków na działalność statutową Instytutu Psychologii UAM, środków w dyspozycji Dziekana Wydziału Nauk Społecznych UAM oraz Rektora Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Seria wydawnicza Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Redaktorzy naukowi serii:
prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska
prof. dr hab. Elżbieta Hornowska

Copyright © by Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009

ISBN: 978-83-7383-418-7

Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o.
ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa
tel./faks: 022 828 93 91, 022 826 59 21, 022 828 95 63
dział handlowy: 022 635 74 04 w. 219 lub jw. w. 105, 108
e-mail: info@scholar.com.pl; scholar@neostrada.pl
www.scholar.com.pl

Wydanie pierwsze
Skład i łamanie: WN „Scholar" (*Stanisław Beczek*)
Druk i oprawa: Paper & Tinta, Warszawa

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Spis treści

Wstęp 7

Rozdział 1
Osoba niepełnosprawna intelektualnie – co to oznacza? 9
1.1. Problem nazewnictwa 10
1.2. Klasyfikacje niepełnosprawności intelektualnej 14
1.3. Istota upośledzenia 18
1.4. Konsekwencje ujmowania niesprawności intelektualnej w opiece i wychowaniu 24

Rozdział 2
Oblicza niepełnosprawności intelektualnej w okresie dorastania 28
2.1. Charakterystyka stadium adolescencji 29
2.1.1. Zmiany biologiczne i ich wpływ na zachowanie dorastających . . . 29
2.1.2. Rozwój potrzeby seksualnej 32
2.1.3. Emocjonalność nastolatków 34
2.1.4. Kontakty społeczne dorastających 36
2.1.5. Samoświadomość i samoocena młodzieży 39
2.2. Specyfika problemów dorastania w kontekście niesprawności intelektualnej 42
2.3. Potrzeby społeczne i emocjonalne dorastających z ograniczoną sprawnością intelektualną 46
2.4. Samoocena dorastających z niepełnosprawnością intelektualną 49

Rozdział 3
Przestrzeń życiowa młodzieży z ograniczoną sprawnością intelektualną 54
3.1. Przestrzeń życiowa jednostki w kontekście niepełnej sprawności intelektualnej 57
3.2. Psychologiczna sytuacja rodzinna osób niepełnosprawnych intelektualnie 61
3.3. Przestrzeń społeczna dorastających z niesprawnością intelektualną 69

Rozdział 4
Specyfika kształtowania się tożsamości niepełnosprawnych intelektualnie adolescentów 75
4.1. Tożsamość – rozwój i znaczenie 76
4.2. Specyfika kształtowania się tożsamości osób niepełnosprawnych 79
4.2.1. Pytanie o kryzys tożsamości w obliczu ograniczonej sprawności intelektualnej 82
4.3. Rola rodziców i wychowawców w kształtowaniu się poczucia tożsamości niesprawnych intelektualnie adolescentów 87

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Rozdział 5
Seksualność i tożsamość płciowa dorastających z niepełnosprawnością intelektualną 96
5.1. Tożsamość płciowa i jej kształtowanie 97
5.2. Potrzeby seksualne i związki seksualne osób niesprawnych intelektualnie 100
5.3. Edukacja seksualna dorastających z ograniczoną sprawnością intelektualną 107
5.4. Rodzice i wychowawcy wobec seksualności osoby niepełnosprawnej intelektualnie 112

Rozdział 6
Problemy dorastających z niepełnosprawnością intelektualną . 120
6.1. Sytuacje trudne i ich konsekwencje w życiu nastolatków niepełnosprawnych intelektualnie 120
6.2. Zachowania agresywne dorastających – czy to przejaw upośledzenia? . . 124
6.3. Dlaczego autoagresja? 130
6.4. Zaburzenia emocjonalne jako skutek doświadczanych trudności 135

Zamiast zakończenia – przesłanie dla rodziców i wychowawców 141

Bibliografia 145

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Wstęp

Patrzymy na nasze dziecko z nadzieją. Z pragnieniem, aby wzrastało, nie po to, aby osiągnąć normę, jaką ustaliliśmy lub jaką ustaliło dla nas społeczeństwo, lecz aby wzrastało według własnego rytmu, własną drogą i aby osiągnęło pełnię swojej osoby, aby grało własną, a nie cudzą symfonię.

(Vanier 1996, s. 20)

Dorastanie to okres szczególny. Stanowi most pomiędzy „beztroskim" dzieciństwem a „odpowiedzialną" dorosłością. To czas, w którym rozpada się poprzednie życie i tworzy nowa jakość. Problemy dojrzewania psychoseksualnego nakładają się wówczas na problemy dorastania psychospołecznego. Dorastanie może być trudne, pełne upadków i porażek, a zarazem pasjonujące, dostarczające wielu pozytywnych wartości.

To czas ważny zarówno dla nastolatków, jak i rodziców oraz wychowawców, którzy towarzyszą młodym ludziom w drodze do dorosłości. W przypadku dorastających niepełnosprawnych intelektualnie droga ta wydaje się szczególnie długa i wyboista.

Kiedy rodzi się niepełnosprawne umysłowo dziecko, rodzice i wychowawcy koncentrują swoją uwagę na jego odchyleniach rozwojowych i podejmują wiele działań zmierzających do wyeliminowania tego, co odmienne, różne od tak zwanej normy. Najczęściej proces ten nie kończy się pełnym sukcesem. Z biegiem czasu coraz bardziej widoczne stają się ograniczone możliwości i mniejsze kompetencje dziecka w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami.

Sprzyja to patrzeniu na osoby z ograniczoną sprawnością umysłową jak na „wieczne dzieci", „duże dzieci", którym obce są problemy właściwe dla dorosłych i dorastających.

Dziecko, które urodziło się niepełnosprawne, choć nie potrafi być samodzielne i wymaga ciągłej opieki i wsparcia, przejdzie z dzieciństwa do dorosłości i doświadczy specyfiki okresu dorastania. Nie wiemy tylko, z jakim bagażem doświadczeń i umiejętności wejdzie w ten nowy, często niezrozumiały dla siebie i obcy świat.

Aby pomóc mu w drodze do dorosłości, należy dbać o zachowanie i maksymalne wykorzystanie możliwości rozwojowych dziecka/dorastającego. Trzeba starać się wypracować poziom kompetencji adekwatny do wieku dziecka, a nie stopnia rozwoju intelektualnego.

Książka przeznaczona jest dla rodziców oraz nauczycieli i wychowawców. Ma pomóc w zrozumieniu problemów, z jakimi muszą sobie radzić dorastający z niepełnosprawnością umysłową. W pracy przyjęto założenie, że dorastanie w ob-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

liczu ograniczonej sprawności intelektualnej jest „innym" dorastaniem. „Inne" nie znaczy jednak ograniczone, nieprawidłowe czy dziwne. „Inne" to po prostu trudniejsze, wymagające większego zrozumienia, cierpliwości oraz wsparcia ze strony rodziców i wychowawców.

W niniejszym opracowaniu znajdują się uwagi i wskazania, jak postępować z dorastającymi z upośledzeniem umysłowym i jak im pomagać. Mogą one okazać się przydatne dla opiekunów, którzy towarzyszą osobom niepełnosprawnym intelektualnie w tym trudnym dla nich okresie zmian w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Mam nadzieję, że pomogą także samym rodzicom i wychowawcom zrozumieć, dlaczego znane i raczej przewidywalne do tej pory dziecko zachowuje się w sposób niepokojący, niezrozumiały, a czasami wzbudzający lęk i przerażenie.

Pracę otwiera zarys podstawowych problemów, związanych z ograniczoną sprawnością intelektualną. Z dalszej części książki czytelnik będzie mógł dowiedzieć się, w jaki sposób przebiega proces dorastania u osób upośledzonych umysłowo i u ich zdrowych rówieśników. Następnie zaprezentowano problematykę przestrzeni życiowej dorastających. Pokazano wpływ środowiska społecznego (rodzina, szkoła, społeczeństwo) na funkcjonowanie nastolatków zmagających się z problemem upośledzenia umysłowego.

Kolejne rozdziały dotyczą dwóch najważniejszych problemów omawianego okresu rozwojowego: kształtowania się tożsamości jako podstawy samostanowienia w dorosłości oraz rozwoju psychoseksualnego. Oba zagadnienia przedstawiono z perspektywy ograniczonej sprawności intelektualnej. Na końcu zajęto się problemami, jakich doświadcza młodzież niepełnosprawna umysłowo, a także zwrócono uwagę na ich konsekwencje w sferze zachowań (agresja, autoagresja) i psychiki (depresja). Opracowanie zamyka zestaw propozycji dla opiekunów dotyczących zasad postępowania wobec nastolatków niepełnosprawnych intelektualnie.

Jeżeli chce się zrozumieć dorastających w obliczu ograniczonej sprawności umysłowej, a tym samym im pomóc, warto pamiętać, że mamy do czynienia z grupą niejednorodną. Różne są poziomy upośledzenia, różne możliwości i ograniczenia rozwojowe. Tylko indywidualne traktowanie, otwarcie na potrzeby i akceptacja stworzą warunki, w których ich rozwój może przebiegać w sposób zbliżony do rozwoju zdrowych rówieśników.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Rozdział 1

Osoba niepełnosprawna intelektualnie – co to oznacza?

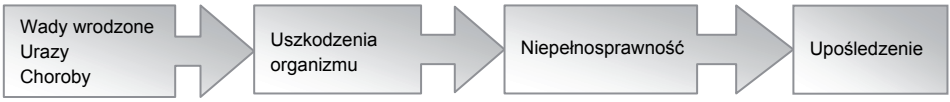
Osoby o nietypowym rozwoju, mające trudności z samorealizacją, żyją na całym świecie, we wszystkich środowiskach, we wszystkich kulturach, w każdym kraju. Ich liczba wciąż rośnie, co jest swego rodzaju paradoksem rozwoju cywilizacji naszych czasów. Cywilizacja oprócz postępu niesie bowiem ze sobą zwiększenie liczby ludzi, którzy nie są w stanie samodzielnie rozwiązywać swoich problemów życiowych. Przyczyny takiego stanu rzeczy mogą być różne: wrodzone wady organiczne, urazy czy przebyte choroby. Jakkolwiek z roku na rok powiększa się liczba osób, które mają różnego typu ograniczenia rozwojowe, to wiedza na ich temat jest ciągle niepełna. Wyobrażenia przeciętnego człowieka na temat ludzi z defektami kształtują się głównie na podstawie stereotypów i utartych określeń o znaczeniu pejoratywnym.

Najczęściej nazywamy ich niepełnosprawnymi – niezależnie od ich potencjalnych możliwości i rzeczywistych ograniczeń. Niepełnosprawność jest zjawiskiem o wymiarze nie tylko medycznym (na podstawie zmiennych medycznych klasyfikuje się jej rodzaj), lecz także psychologicznym i społecznym, gdyż wpływa na możliwości codziennego funkcjonowania i odgrywania rozmaitych ról społecznych. Zależnie od przyjętych kryteriów spotyka się wiele klasyfikacji niepełnosprawności. Jedną z nich zaproponowała w 1980 r. Światowa Organizacja Zdrowia – World Health Organization (WHO), przyjmując Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (Majewski 1998). Stanowi ona międzynarodowy wzorzec określania różnorodnych możliwych konsekwencji wrodzonych lub nabytych deficytów zdrowotnych.

WHO, formułując pojęcie niepełnosprawności, za punkt wyjścia przyjęła uszkodzenie (*impairment*). Jest ono wynikiem utraty czynności lub wady psychicznej, anatomicznej bądź fizjologicznej struktury organizmu. Uszkodzenie może być całkowite bądź częściowe, może mieć różny zakres i głębokość, może być wrodzone lub nabyte.

Następstwem uszkodzenia jest niepełnosprawność (*disability*), przez którą rozumiemy każde ograniczenie, osłabienie czy też brak zdolności do wykonywania czynności w sposób uważany za normalny dla człowieka. Wynikiem uszkodzenia i niepełnosprawności jest natomiast upośledzenie (*handicap*), które generuje gorszą sytuację społeczną danej osoby i ogranicza bądź uniemożliwia realizację ról społecznych i zadań osobistych właściwych dla danego wieku, płci itp. (Majewski 1998). To systemowe ujęcie niepełnosprawności kładzie nacisk nie tyle na ograniczenia w podejmowaniu ról zawodowych, ile na ograniczenia i zaburzenia w relacjach otoczenie–osoba niepełnosprawna.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436



Ryc. 1. Wzajemne relacje pomiędzy uszkodzeniem, niepełnosprawnością a upośledzeniem

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Majewski 1998.

Kierując się intuicją, wiele osób uważa, iż wie, co przesądza o uznaniu kogoś za niepełnosprawnego. Te potoczne wyobrażenia często okazują się nieprawdziwe. Podejście do zjawiska niepełnosprawności jest zasadniczym źródłem wielu nieporozumień, błędnych opinii i – co najgorsze – podejmowanych na ich podstawie jeszcze bardziej błędnych decyzji. Często w odczuciu społecznym niepełnosprawność oznacza bycie innym, na zewnątrz, niechcianym lub jedynie tolerowanym. Problem inności i jej społecznego odbioru ma długą historię. Już Platon usunął z idealnego państwa poetów, których uważał za odmieńców, gdyż w swojej twórczości posługiwali się innym językiem (Szczepska-Pustkowska 2003). Inność częściej jest synonimem obcości niż indywidualności, a odczuwanie zarówno cudzej, jak i własnej inności było i nadal jest jednym z najtrudniejszych doświadczeń emocjonalnych i społecznych. Jest ona reprezentowana przez wszystko, co znajduje się poza obszarem „normy", poza obszarem tego, co znane, zrozumiałe, swojskie i oczywiste (Markowski 2003).

Spośród osób niepełnosprawnych najmniej znane i zrozumiałe wydają się nam osoby niepełnosprawne intelektualnie. To w stosunku do nich najczęściej odczuwamy niezrozumienie i lęk. A przecież naturalne jest, że ludzie różnią się między sobą, także pod względem możliwości rozwoju intelektualnego. Są wśród nas tacy, którzy wyrastają ponad normę, ale są też tacy, którzy znajdują się dużo poniżej normy. Obok nas żyją zarówno zdolni, jak i niezdolni, stanowiący dwa krańce możliwości rozwojowych ludzkiego umysłu. Raczej nie odtrącamy, lecz podziwiamy ludzi, którzy osiągnęli szczyt rozwoju intelektualnego. Nazywamy ich geniuszami czy intelektualistami, podkreślamy ich oryginalność. Natomiast poszukując sposobów nazywania osób, których rozwój umysłowy jest znacznie ograniczony przez różne czynniki natury biologicznej, psychologicznej czy społecznej, napotykamy trudności, które znajdują swoje odbicie także w naszych wzajemnych relacjach.

1.1. Problem nazewnictwa

Terminologia, definicje i klasyfikacja zjawiska ograniczonego rozwoju umysłowego są bardzo różne. Różnorodność określeń wynika z tego, że jest to zjawisko skomplikowane, zarówno z powodu różnorodnych przyczyn, jak i wielorakich objawów. Dwie międzynarodowe organizacje zajmujące się tą dziedziną stosują różne nazewnictwo. Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym – International Association for the Scientific

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Study of Mental Deficiency (IASSMD) posługuje się określeniem *mental deficiency* (niedobór umysłowy), natomiast Międzynarodowa Liga Stowarzyszeń na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym – International League of Societies for Persons with Mental Handicap (ILSMM) stosuje termin *mental handicap* (upośledzenie umysłowe). Światowa Organizacja Zdrowia woli używać terminu *mental retardation* (opóźnienie w rozwoju) (WHO 1985).

Obecnie coraz częściej posługujemy się terminem „niepełnosprawność intelektualna", wcześniej jednak najpowszechniej stosowanym określeniem było „upośledzenie umysłowe". W tradycyjnym podejściu do problemu oznacza to:

- funkcjonowanie intelektualne znacznie poniżej przeciętnej,
- wyraźnie zaburzoną zdolność przystosowania się jednostki do codziennych wymagań życia społecznego.

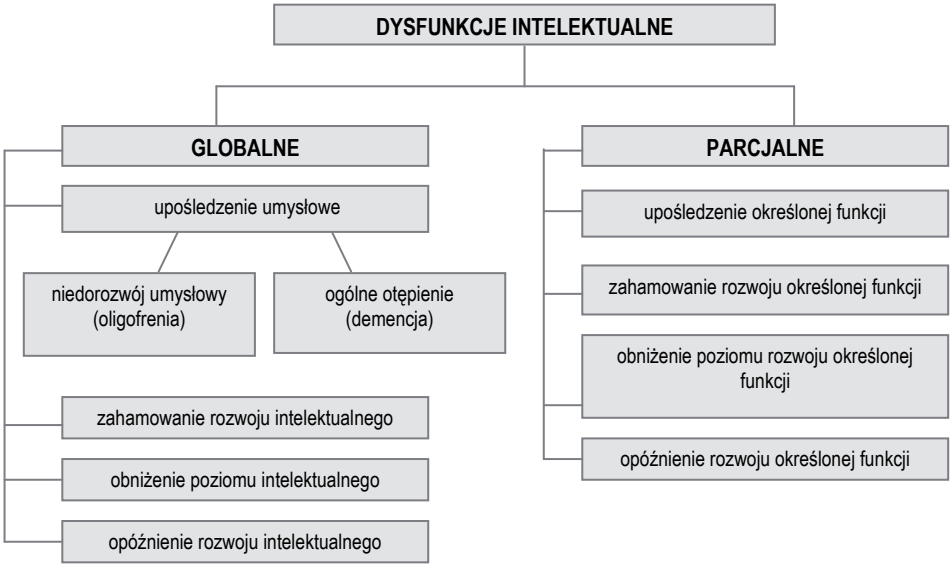
Upośledzenie umysłowe nie jest jednostką chorobową, ale zespołem skutków o różnej etiologii stanów chorobowych i uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Wśród tych objawów na plan pierwszy wysuwa się funkcjonowanie procesów poznawczych poniżej przeciętnego poziomu przy jednoczesnym upośledzeniu zdolności adaptacyjnych. Zanim więc uzna się osobę za upośledzoną umysłowo, należy stwierdzić zaburzenia zarówno w funkcjonowaniu umysłowym, jak i zachowaniu przystosowawczym. Nie wystarcza sama niska inteligencja ani samo zaburzenie funkcjonowania przystosowawczego (Clarke, Clarke 1971; WHO 1985; Zachara, Dobosiewicz 1987; Kowalik 1989).

Oprócz terminu upośledzenie umysłowe równie często używano i używa się terminów: „niedorozwój umysłowy", „obniżona sprawność umysłowa" i „oligofrenia". Nie należy tych terminów mylić, gdyż każdy z nich wskazuje na inny rodzaj odchylenia od normy. Upośledzenie umysłowe rozpoznane od urodzenia i występujące pomimo prawidłowych warunków wychowawczych określamy jako niedorozwój umysłowy. Określenie „obniżona sprawność umysłowa" odnosi się natomiast do upośledzenia, które pojawiło się dopiero w okresie postnatalnym (po urodzeniu), jeśli nie nastąpiło wyraźne zahamowanie lub regres w rozwoju intelektualnym. U osób o obniżonej sprawności umysłowej na skutek niekorzystnych warunków środowiskowych i wychowawczych często obniżona jest zdolność uczenia się. Oligofrenia to stan ogólnego zmniejszenia możliwości rozwojowych, przede wszystkim w zakresie sprawności intelektualnych, spowodowanego bardzo wczesnymi i nieodwracalnymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym.

Próbę ujednolicenia obowiązującej terminologii podjął Janusz Kostrzewski (1981). Zaproponował podział odchyleń od normy w funkcjonowaniu intelektualnym. Według niego dysfunkcje intelektu mogą być globalne lub parcjalne – fragmentaryczne i wycinkowe. Globalne odchylenia od normy rozpoznajemy, gdy poziom wszystkich sprawności intelektualnych jest istotnie niższy od przeciętnego i nie jest to konsekwencją czynników środowiskowych lub zaburzeń w sferze emocjonalno-motywacyjnej dziecka. Jeśli od normy odbiega jedna lub kilka funkcji (np. słuchowa lub wzrokowa), przy prawidłowym funkcjonowaniu

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

intelektualnym, to mówimy o parcjalnym (fragmentarycznym) odchyleniu od normy (Spionek 1975).



Ryc. 2. Rodzaje dysfunkcji intelektualnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kostrzewski 1981.

Kostrzewski rozgranicza pojęcia upośledzenia umysłowego i niedorozwoju umysłowego. Według niego upośledzenie umysłowe to „istotnie niższy od przeciętnego ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego, występujący łącznie z upośledzeniem w zakresie przystosowania się, wiążący się ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym" (Kostrzewski 1978, s. 51), natomiast niedorozwój umysłowy (oligofrenia) to „te przypadki upośledzenia umysłowego, które powstały w okresie rozwojowym, tj. w okresie okołoporodowym lub później" (tamże).

Nieco inaczej rozumie upośledzenie umysłowe Władysław Dykcik, który podkreśla znaczenie relacji pomiędzy jednostką a otoczeniem. Upośledzeniem umysłowym nazywa „utratę lub ograniczenie możliwości pełnego uczestniczenia danej osoby w życiu społecznym. Pojęcie to wskazuje na określony rodzaj relacji, jaki powstaje między osobą niepełnosprawną a jej środowiskiem" (Dykcik 2006, s. 18). Według Ignacego Walda „upośledzenie umysłowe jest to stan charakteryzujący się istotnie niższym od przeciętnego ogólnym poziomem funkcjonowania intelektualnego i zaburzeniami w zakresie dojrzewania, uczenia się i (lub) przystosowania społecznego" (Kostrzewski, Wald 1981, s. 67).

W dyskusji o upośledzeniu umysłowym sięga się także do definicji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zawartej w *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Według DSM-IV „zasadniczą

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

cechą upośledzenia umysłowego jest znacząco niższy poziom ogólnego funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą: obniżenie funkcjonowania przystosowawczego związanego co najmniej z dwoma obszarami zdolności: komunikacja, troska o siebie, życie w domu, zdolność nawiązywania kontaktów interpersonalnych na płaszczyźnie społecznej, kierowanie sobą, zdolność uczenia się i pracy, czas wolny, zdrowie oraz bezpieczeństwo. Ujawnia się przed ukończeniem 18 roku życia" (Cytowska 2002, s. 9).

Ogólnie przyjęta i stosowana w Polsce od 1997 r. jest też definicja upośledzenia umysłowego zawarta w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10): „upośledzenie ujmowane jest jako zahamowanie lub niepełny rozwój umysłowy, wyrażający się przede wszystkim w upośledzeniu umiejętności, które ujawniają się w okresie rozwojowym i stanowią o ogólnym poziomie inteligencji, tzn. zdolności poznawczych, mowy, motorycznych i umiejętności społecznych. Może występować samodzielnie lub z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi" (Cytowska 2002, s. 8).

Współcześnie wysuwa się propozycje innego sposobu myślenia o upośledzeniu umysłowym. Małgorzata Kościelska (1994; 2000) zwraca uwagę na dwa podstawowe aspekty upośledzenia:

- upośledzenie to stan psychiczny, do którego się dochodzi; nie powstaje jako skutek defektu albo uszkodzenia neurologicznego, lecz patologicznego przebiegu rozwojowego, w którym defekt biologiczny może odegrać rolę wyzwalającą,
- do patologicznego rozwoju osobowości dochodzi w wyniku zablokowania aktywności poznawczej.

Kościelska (1994) wyróżnia dwie fazy w procesie dochodzenia do upośledzenia. Poprzedza je stadium wstępne. To okres przed poczęciem dziecka, w którym może zaistnieć zespół warunków biologicznych, psychologicznych i społecznych związanych z przyszłymi rodzicami oraz właściwościami środowiska, które źle rokują z punktu widzenia rozwoju przyszłego dziecka. Do warunków tych należą m.in.: niski poziom umysłowy i moralny rodziców, sztywny obraz oczekiwanego dziecka, niewielkie zaufanie matek do swoich kompetencji macierzyńskich.

Faza I obejmuje bezpośrednie zagrożenia dla rozwoju dziecka w okresie prenatalnym, w trakcie porodu lub po urodzeniu. Wyrównanie skutków uszkodzenia, możliwe na drodze biologicznej, psychologicznej i społecznej, stanowi szansę prawidłowego rozwoju i pomyślnego zamknięcia fazy I.

Faza II rozpoczyna się w przypadku niewyrównania skutków fazy I i prowadzi do pogłębienia zaburzeń rozwojowych. Procesowi temu sprzyjają postawy rodziców, którzy są w stanie szoku i nie potrafią wczuć się w potrzeby psychiczne dziecka oraz podjąć się roli terapeutów. Ponadto system opieki medycznej, który nie zaspokaja potrzeb dziecka i rodziców, pogłębia tę fazę. Tworzą się wtedy ciągi destrukcyjnych związków między funkcjami biologicznymi a psychicznymi, między emocjami, poznaniem a działaniem, między dzieckiem a otoczeniem. Faza II to strukturalizacja określonych rodzajów de-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

fektów psychologicznych oraz powstawanie defektów podtrzymujących patologię. Ten stan odpowiada klasycznemu pojęciu upośledzenia, gdyż jest trwały i praktycznie nieodwracalny.

Ponieważ pojęcia takie jak „upośledzenie umysłowe", „niedorozwój umysłowy" czy „oligofrenia" mają wydźwięk negatywny, wskazuje się na konieczność zastąpienia ich terminami, które nie mają negatywnych konotacji. Zamiast nich coraz częściej używa się sformułowań typu „niepełnosprawność umysłowa" czy „niepełnosprawność intelektualna". W niniejszym opracowaniu posługiwać się będziemy tymi wszystkimi terminami ze względu na utrwaloną praktykę ich użycia. Powszechnie stosują je specjaliści, rodzice oraz literatura przedmiotu.

1.2. Klasyfikacje niepełnosprawności intelektualnej

W przypadku klasyfikacji osób upośledzonych umysłowo, podobnie jak w przypadku definicji niepełnosprawności, istnieje wiele kryteriów, dzielących ogromnie zróżnicowaną grupę niepełnosprawnych intelektualnie na bardziej jednolite podgrupy. Najczęściej stosuje się:

- **kryterium pedagogiczne** (stopień wyuczalności) – określa możliwości wychowania i nauczania osób upośledzonych umysłowo, bierze pod uwagę zasób wiadomości i umiejętności przewidzianych programem nauczania, a także charakterystyczne trudności w nauce szkolnej i tempo uczenia się,
- **kryterium psychologiczne** (ocena stopnia upośledzenia) – uwzględnia pomiar stopnia rozwoju inteligencji, ocenia osobowość jednostki i jej procesy regulacyjne: orientacyjno-poznawcze, intelektualne, emocjonalne, motywacyjne, mechanizmy kontroli i procesy wykonawcze,
- **kryterium medyczne/kliniczne** (lokalizacja, stopień i przyczyny uszkodzenia) – bierze pod uwagę czynniki etiologiczne oraz zespoły objawowe, leczenie i prognozę,
- **kryterium ewolucyjne –** polega na porównaniach dziecka upośledzonego z dzieckiem pełnosprawnym w zakresie czynności orientacyjno-poznawczych, intelektualnych, emocjonalno-motywacyjnych i wykonawczych,
- **kryterium społeczne** (sposób funkcjonowania społecznego) – zwraca uwagę na ogólną zaradność życiową jednostki, jej samodzielność i uspołecznienie (Cytowska 2002).

Z psychologicznego punktu widzenia najważniejszy jest podział osób niesprawnych intelektualnie ze względu na stopnie upośledzenia, które wyznacza iloraz inteligencji. Pierwszą skalę pomiaru inteligencji w 1905 r. stworzył Alfred Binet wraz z Théodorem Simonem. W 1916 r. Lewis Terman dokonał adaptacji skali i powiązał określone stopnie niedorozwoju umysłowego (idiotyzm, imbecylizm, debilizm) z ilorazami inteligencji. Stosowana terminologia określała możliwości rozwojowe jednostki bez względu na różnice indywidualne. Zgodnie z nią debile to osoby wyuczalne, imbecyle to osoby wyćwiczalne, a idioci to osoby niewyćwiczalne. W 1937 r. Terman i Maude A. Merrill po raz kolejny zmody-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

fikowali skalę Bineta–Simona. Obecnie skala ta nosi nazwę Termana–Merrilla (Clarke, Clarke 1971).

Aktualnie obowiązująca klasyfikacja została przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne WHO, które w 1968 r. wprowadziło cztery stopnie upośledzenia umysłowego:

- upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim (*mild*) – I.I. = 52–67,
- upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym (*moderate*) – I.I. = 36–51,
- upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym (*severe*) – I.I. = 20–35,
- upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim (*profound*) – I.I. = 0–19 (Wyczesany 2007).

Zmiana trójstopniowego podziału na czterostopniowy miała dwie przyczyny. Po pierwsze klasyfikacja oparta na trzech poziomach okazała się niewystarczająca, po drugie stosowane określenia nabrały znaczenia negatywnego i stanowiły rodzaj etykiety piętnującej osoby niesprawne intelektualnie. Z tego powodu imbecyli podzielono na dwie grupy i wprowadzono nowe określenia. Podstawą tworzenia czterostopniowej klasyfikacji była skala o średnicy 100 i odchyleniu standardowym 16. Dzięki temu możliwe jest porównywanie ilorazów inteligencji osób badanych za pomocą różnych metod (Clarke, Clarke 1971; Doroszewska 1981).

Tabela 1. Klasyfikacja upośledzenia umysłowego według VIII rewizji Światowej Organizacji Zdrowia

Poziom rozwoju	Sala WECHSLERA	Skala TERMANA–MERRILL	Skala GRACE ARTHUR
Rozwój prawidłowy	84–100	85–100	84–100
Pogranicze upośledzenia	83–68	84–70	83–67
Lekki niedorozwój	67–52	69–55	66–50
Umiarkowany niedorozwój	51–36	54–40	49–33
Znaczny niedorozwój	35–20	–	32–16
Głęboki niedorozwój	poniżej 20	–	poniżej 16

Źródło: Wyczesany 2007, s. 24.

Osoby głęboko upośledzone stanowią niewielką część (5%) ogółu upośledzonych. Poziom rozwoju u osób dorosłych kształtuje się poniżej poziomu rozwoju dwuletniego dziecka. Często są one też ciężko upośledzone fizycznie, nie chodzą i nie panują nad funkcjami fizjologicznymi (Zachara, Dobosiewicz 1987).

Znacznie i umiarkowanie upośledzeni to osoby „wyćwiczalne", które bez względu na przyczynę upośledzenia mogą w pewnym stopniu reagować na nauczanie. O ich funkcjonowaniu w codziennym życiu decyduje w znacznej mierze jakość nauczania i usprawniania oraz poziom wymagań, które się im stawia (Clarke, Clarke 1971; WHO 1985; Kościelak 1996). Obie grupy stanowią 20%–30% wszystkich upośledzonych. Osoby znacznie upośledzone wykazują bardzo niski poziom rozwoju motorycznego i mowy. Przy zastosowaniu odpowiednich

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

metod rehabilitacji potrafią osiągnąć pewną samodzielność w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego, przy czym ich wykonywanie wymaga zazwyczaj kontroli ze strony opiekunów. Osoby upośledzone w stopniu umiarkowanym osiągają zaś dość wysoki poziom rozwoju mowy oraz zdecydowanie wyższy poziom rozwoju motorycznego i społecznego niż osoby upośledzone w stopniu znacznym. Wymagają nieznacznej kontroli, a przy odpowiedniej pracy terapeutycznej mogą podjąć pracę zarobkową w zakładach pracy chronionej.

Grupa osób upośledzonych w stopniu lekkim („wyuczalnych") stanowi 75% ogółu osób niepełnosprawnych intelektualnie. Lekko upośledzeni mogą funkcjonować w społeczeństwie w miarę normalnie. Społeczne przystosowanie osób upośledzonych w stopniu lekkim jest w znacznym stopniu uwarunkowane takimi historycznymi, społecznymi i ekonomicznymi czynnikami jak tradycja, struktura rodziny, sytuacja na rynku pracy, a także tempo dojrzewania jednostki i występowanie u niej sprzężonych zaburzeń (Clarke, Clarke 1971; WHO 1985; Zachara, Dobosiewicz 1987; Kościelak 1996). Analiza zaburzeń zachowania osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim pozwala wyodrębnić osoby:

- **eretyczne** – niestabilne, niezrównoważone, nadmiernie ruchliwe, skłonne do afektywnych wybuchów, przejawiające trudności w koncentracji uwagi,
- **apatyczne** – bierne, nieśmiałe, z przewagą mechanizmów hamujących, o zwolnionym tempie reakcji,
- **zmienne** – takie, u których nadmierna pobudliwość występuje na przemian ze stanami apatii i bierności (Wyczesany 2007).

Warto zauważyć, że populacja osób objętych wspólną nazwą „osoby upośledzone umysłowo" jest ogromnie zróżnicowana. Różnice indywidualne wśród niesprawnych intelektualnie są nie mniejsze niż w normalnej populacji. Występują między jednostkami zaklasyfikowanymi do tej samej kategorii, wśród osób o tym samym stopniu niedorozwoju, a nawet o takim samym ilorazie inteligencji czy tym samym rodzaju zaburzeń. Nierównomierność rozwoju poszczególnych funkcji jest często obserwowanym zjawiskiem w niedorozwoju intelektualnym. Dlatego też wyżej wymienione sposoby klasyfikacji nie mogą i nie powinny być jedynym kryterium warunkującym nasz stosunek do osób z niepełnosprawnością umysłową. Wszelkie podziały, chociaż porządkują naszą wiedzę o osobach niepełnosprawnych intelektualnie i pomagają w wyborze określonych metod wychowawczych czy rehabilitacyjnych, mogą także zakłócić nasz sposób postrzegania upośledzonych i sprawić, że nasze wzajemne relacje będą oparte jedynie na liczbach określających iloraz inteligencji.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Ramka 1. Stopnie niepełnosprawności intelektualnej a:

MOTORYKA

Niepełnosprawność w stopniu lekkim
Ograniczona precyzja ruchów, słaba koordynacja

Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym
Dość dobra samoobsługa, ruchy mało precyzyjne, niezgrabne, wolne tempo czynności ruchowych

Niepełnosprawność w stopniu znacznym
Może przyswoić sobie ruchy niezbędne do wykonywania prostych czynności samoobsługowych, wymaga długiego ćwiczenia, słaba motoryka

Niepełnosprawność w stopniu głębokim
Ruchy automatyczne, stereotypowe, nie służą do wykonywania czynności

PRACA

Niepełnosprawność w stopniu lekkim
Może opanować wiele czynności zawodowych i wykonywać je dobrze w zwykłych zakładach pracy bądź zakładach pracy chronionej

Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym
Wyćwiczalny w prostych czynnościach zawodowych, pod nadzorem obsługuje proste maszyny i urządzenia (zakład pracy chronionej)

Niepełnosprawność w stopniu znacznym
Może wykonywać proste czynności zawodowe ze stałym nadzorem i pomocą

Niepełnosprawność w stopniu głębokim
Nie ma możliwości wykonywania czynności zawodowych

DOJRZAŁOŚĆ SPOŁECZNA

Niepełnosprawność w stopniu lekkim
Czasami utrudnione przystosowanie społeczne, maksymalny poziom dojrzałości społecznej 17–18 lat

Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym
Można obserwować ograniczenia w przystosowaniu społecznym i samodzielności, maksymalny poziom dojrzałości społecznej 10 lat

Niepełnosprawność w stopniu znacznym
Mała samodzielność, wymaga stałej kontroli i pomocy, realizuje proste potrzeby, maksymalny poziom dojrzałości społecznej 7–8 lat

Niepełnosprawność w stopniu głębokim
Brak samodzielności, przy długotrwałym ćwiczeniu może sygnalizować potrzeby fizjologiczne, maksymalny poziom dojrzałości społecznej 4 lata

MOWA

Niepełnosprawność w stopniu lekkim
Trudności z formułowaniem myśli i wypowiedzi, agramatyzm, mały zasób słownictwa, częste wady wymowy

Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym
Opóźniony rozwój mowy, proste zdania, wymowa wadliwa i niewyraźna, ograniczony słownik, brak pojęć abstrakcyjnych

Niepełnosprawność w stopniu znacznym
Duże opóźnienie rozwoju mowy, brak zdań, dominują monosylaby, zasób słownictwa minimalny, nie odmienia przez przypadki

Niepełnosprawność w stopniu głębokim
Mowa niewykształcona, 2–3 wyrazy, rozumie kilka prostych poleceń

EMOCJE

Niepełnosprawność w stopniu lekkim
Osłabiona kontrola emocji, popędów, dążeń, zdolność do uczuć wyższych

Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym
Duża wrażliwość emocjonalna, ograniczona kontrola emocjonalna, labilność i ambiwalencja emocjonalna

Niepełnosprawność w stopniu znacznym
Zdolność okazywania uczuć, wyrażanie uczuć w sposób prymitywny, brak kontroli emocji i popędów

Niepełnosprawność w stopniu głębokim
Zdolność wyrażania prostych emocji, najczęściej brak objawów życia uczuciowego

NAUKA

Niepełnosprawność w stopniu lekkim
Szkoła normalna (do 5–6 klasy), szkoła podstawowa specjalna, specjalna szkoła zawodowa

Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym
Szkoła podstawowa specjalna, czasami klasa życia, przyuczenie do prostych czynności zawodowych, Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ)

Niepełnosprawność w stopniu znacznym
Szkoła życia, nauka samoobsługi, WTZ

Niepełnosprawność w stopniu głębokim
Zwolnienie od obowiązku szkolnego

Źródło: opracowanie własne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Ramka 2. Stopnie niepełnosprawności intelektualnej a procesy poznawcze

UWAGA	PAMIĘĆ
Niepełnosprawność w stopniu lekkim Uwaga dowolna na materiale konkretnym dobra, na materiale abstrakcyjnym ograniczona **Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym** Trudności z koncentracją uwagi dowolnej, przewaga uwagi mimowolnej **Niepełnosprawność w stopniu znacznym** Poważne trudności z koncentracją uwagi, duże zaburzenia uwagi dowolnej **Niepełnosprawność w stopniu głębokim** W niektórych przypadkach brak objawów koncentracji uwagi mimowolnej	**Niepełnosprawność w stopniu lekkim** Dobra pamięć mechaniczna, słaba logiczna i dowolna, słabe tempo uczenia się, często uczenie bez zrozumienia **Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym** Ograniczony zakres pamięci, bardzo słabe tempo uczenia się **Niepełnosprawność w stopniu znacznym** Zapamiętywanie wybitnie utrudnione, zakres pamięci znikomy, przy małej trwałości **Niepełnosprawność w stopniu głębokim** Zapamiętywanie i uczenie się zniesione lub widoczne na prostych reakcjach ruchowych
SPOSTRZEGANIE	**MYŚLENIE**
Niepełnosprawność w stopniu lekkim Sprawność spostrzegania w normie, czasami trudności z wyróżnieniem istotnych szczegółów **Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym** Sprawność spostrzegania obniżona, spostrzega cechy konkretne, nie odróżnia cech ważnych **Niepełnosprawność w stopniu znacznym** Obniżona sprawność i szybkość spostrzegania, trudności z rozpoznawaniem przedmiotów i wyróżnianiem elementów z całości **Niepełnosprawność w stopniu głębokim** Spostrzeganie głęboko zaburzone, reakcja na ograniczone bodźce	**Niepełnosprawność w stopniu lekkim** Dominuje myślenie konkretne, zwolnione tempo, mała szybkość i giętkość, słaby krytycyzm, trudności w definiowaniu pojęć abstrakcyjnych **Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym** Ograniczone rozumowanie przyczynowo-skutkowe, wolne tempo i sztywność, brak samodzielności i ograniczona samokontrola **Niepełnosprawność w stopniu znacznym** Dominuje myślenie sensoryczno-motoryczne, pojęcia definiuje przez użytek **Niepełnosprawność w stopniu głębokim** Niewykształcone

Źródło: opracowanie własne.

1.3. Istota upośledzenia

Omawiając funkcjonowanie osób umysłowo upośledzonych, zazwyczaj wskazuje się na różnice pomiędzy ich zachowaniem a zachowaniem osób zdrowych. Opisy upośledzenia umysłowego zawarte w większości podręczników z tego zakresu (por. Kirejczyk i in. 1981; Popielarska 1981; Kondáš 1984; Zachara, Dobosiewicz 1987; Kowalik 1989) właśnie w taki sposób przedstawiają właściwości osób niepełnosprawnych intelektualnie w sferze myślenia, mowy, pamięci, uwagi, procesów emocjonalnych i wolicjonalnych. Również większość badań naukowych na temat upośledzenia jest ukierunkowana na pokazywanie różnic między osobami o obniżonym wskaźniku inteligencji a grupami kontrolnymi o inteligencji w granicach normy.

Skoncentrowanie się na dostrzeganiu odmienności ma szereg konsekwencji w sferze stosunków międzyludzkich (por. Jarymowicz 1983; Czapiński 1985). Następstwem tego jest postrzeganie drugiego człowieka, w naszym wypadku osoby upośledzonej umysłowo, jako kogoś odmiennego, co powoduje między innymi:

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- poczucie obcości wobec osoby upośledzonej,
- brak zainteresowania osobą upośledzoną i jej sytuacją,
- tendencje do posługiwania się stereotypami (przyklejanie etykietek),
- ograniczenia w znalezieniu wspólnego języka i niepodejmowanie wysiłków w tym kierunku,
- oczekiwanie dziwaczności w wyglądzie, w sposobie zachowania osób upośledzonych umysłowo,
- brak zrozumienia dla zachowań odbieranych jako dziwaczne,
- poczucie lęku i bezradności w sytuacji spotkania,
- godzenie się z położeniem drugiego człowieka jako gorszego (Kościelska 1987).

Patrzenie na osobę z upośledzeniem umysłowym przez pryzmat odmienności stwarza duże zagrożenie dla jej rozwoju. Niepełnosprawny zostaje odgrodzony od świata, jeśli dostrzega się tylko jego ograniczenia. Takie podejście utrudnia osobie upośledzonej umysłowo prawidłowe relacje z otoczeniem, zaburza rozwój emocjonalny, ogranicza aktywność. Uniemożliwia poznanie osoby niesprawnej umysłowo: jej psychiki, zainteresowań, chęci, trudności, obaw. Tymczasem osoby o ograniczonej sprawności umysłowej potrzebują naszej pomocy w odnalezieniu siebie i swojej drogi do normalności. Wsparcie w zaspokajaniu ich potrzeb możemy ofiarować tylko wtedy, kiedy zamiast myśleć o dzielących nas różnicach, zapoznamy się z problematyką upośledzenia i zaczniemy rozumieć jej specyfikę.

W większości prac dotyczących problematyki osób niepełnosprawnych intelektualnie charakterystyki poszczególnych stopni niedorozwoju zawierają nie tylko opis funkcji intelektualnych, lecz także sfer pozaintelektualnych. Możemy się z nich dowiedzieć, że upośledzenie umysłowe to ograniczenie pamięci, niedorozwój myślenia abstrakcyjnego, zaburzenie uwagi oraz przewaga działań popędowych, labilność emocjonalna czy niedorozwój uczuciowości wyższej (zob. s. 17–18). Podawane są informacje w rodzaju: osoby upośledzone umysłowo są uległe, chociaż czasem zdarzają się agresywne, zdarzają się takie, które wykazują przewagę uwagi dowolnej nad mimowolną, a także takie, u których uwaga dowolna nie występuje. Są apatyczne albo zbyt aktywne oraz świetnie funkcjonujące w swoim otoczeniu społecznym.

Przytoczone informacje, chociaż prawdziwe, nie wyjaśniają, dlaczego niektóre osoby z obniżoną sprawnością intelektualną są pogodne i łatwo się socjalizują, inne zaś są agresywne i bojaźliwe. Wzmianki pozbawione kontekstu społecznego są jedynie opisem zachowań bez wyjaśnienia przyczyn. Należy pamiętać, że zachowanie osób upośledzonych umysłowo jest w ograniczonym stopniu regulowane przez mechanizmy wewnątrzosobowościowe. Dominuje wpływ czynników zewnętrznych. Dlatego też problem zachowania osób z niedorozwojem umysłowym wymaga uwzględnienia warunków społecznych, w jakich żyją (Kościelska 1981). Dziecko upośledzone rozwija się wolniej: później siada, chodzi, wymawia pierwsze słowa. Rodzice, dostrzegłszy opóźnienie w rozwoju, zaczynają inaczej reagować na swoje dziecko, niż gdyby było ono zdrowe: mogą stać się nadopie-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

kuńczy albo zostawić dziecko samemu sobie, mogą oczekiwać od niego zbyt wiele albo pozwalać mu na wszystko. W takich warunkach dziecko bardzo szybko może nauczyć się, że jest słabe, nieporadne, nikomu niepotrzebne albo że jest kochane, akceptowane i umie przezwyciężać ograniczenia.

Nie każdy z nas ma jednakowe szanse na korzystny rozwój. Im sytuacja rozwojowa jest trudniejsza, tym więcej potrzebujemy pomocy i wsparcia. W przypadku dzieci i dorastających z niepełnosprawnością intelektualną pomoc jest tym trudniejsza, im bardziej nietypowy jest rozwój. Tymczasem przez niewłaściwe postępowanie wychowawcze czy terapeutyczne osoby upośledzone umysłowo tracą szanse na wykorzystanie swojego potencjału rozwojowego (Orkisz 2000).

Niepełnosprawni intelektualnie mają takie same potrzeby jak osoby zdrowe. Niezależnie od środowiska, z którego pochodzimy, zawsze odczuwamy potrzebę życia w warunkach, które zapewniają nam bezpieczeństwo. Podstawowym warunkiem uzyskania poczucia bezpieczeństwa jest zapewnienie osobom o obniżonej sprawności intelektualnej kontaktu z otoczeniem i akceptacji ze strony osób znaczących. Upośledzeni umysłowo mają duże zapotrzebowanie na łączność z otaczającą rzeczywistością, a zdolność percypowania otaczającego świata jest najczęściej o wiele większa, niż sądzą opiekunowie (Zachara, Dobosiewicz 1987).

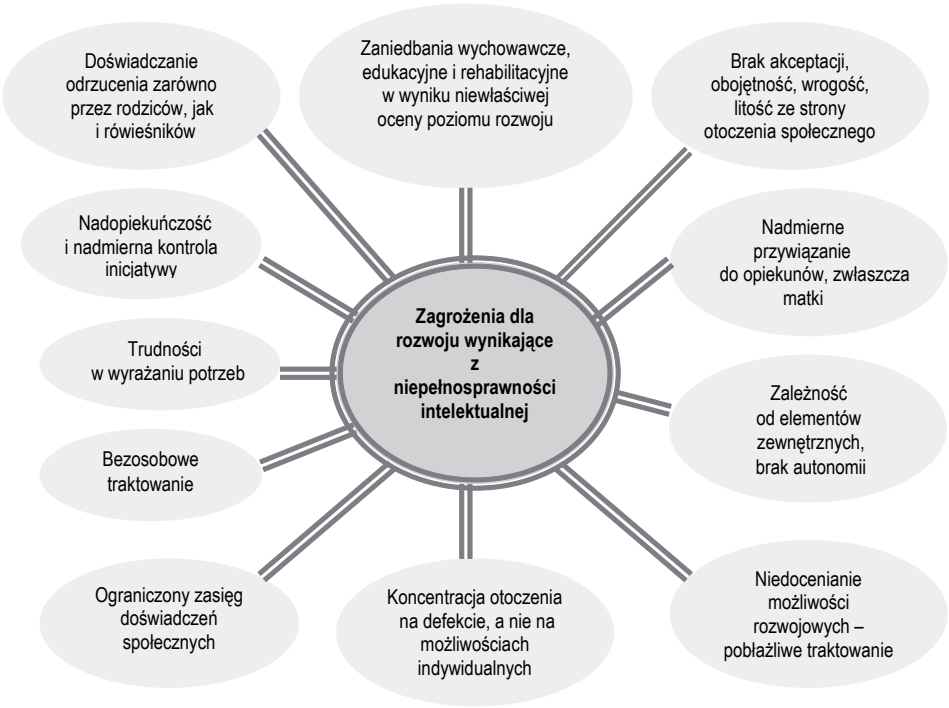
Przy swoich problemach rozwojowych osoby niepełnosprawne intelektualnie często czują, że nie są bezwarunkowo akceptowane. Nieustannie porównuje się je ze zdrowym otoczeniem. Taka sytuacja zaburza pozytywny obraz siebie i w konsekwencji prowadzi do zaniżonej samooceny. Tymczasem każdy człowiek, także o obniżonej sprawności intelektualnej, odczuwa potrzebę szanowania samego siebie. Brak poczucia szacunku dla siebie zaburza równowagę psychiczną. Potrzebne jest nam dobre samopoczucie psychiczne, świadomość, że jesteśmy w stanie coś osiągnąć, że sami dla siebie stanowimy określoną wartość.

Osoby niepełnosprawne intelektualnie tylko w niewielkim stopniu mogą spełnić standardowe wymagania edukacyjne i osiągnąć oczekiwany społecznie poziom samodzielnej egzystencji życiowej. Dlatego czasami może im się wydawać, że umiejętności bardzo cenione przez otoczenie są dla nich nieosiągalne. W znaczący sposób ogranicza to możliwość osiągnięcia takiego poziomu rozwoju, który pozwala rozwinąć swoje zdolności i stać się pożytecznym dla innych (Zachara, Dobosiewicz 1987; Doroszewska 1981). Należy więc podtrzymywać u osób niepełnosprawnych intelektualnie naturalną chęć dążenia do czegoś, co zapewni im poczucie godności i szacunku dla siebie.

Osoba niepełnosprawna umysłowo jest w stanie, w sprzyjających warunkach rozwojowych, realizować swoje potencjalne możliwości i stać się aktywnym członkiem społeczeństwa. Może do tego dojść, jeśli różnica pomiędzy osobami upośledzonymi a zdrowymi i sprawnymi intelektualnie zostanie wyrażona nie przez wielkość osiągnięć, ale przez ich typ (Kostrzewski, Wald 1981; Zachara, Dobosiewicz 1987; Kościelska 1987; 2000). Większość osób z niedorozwojem umysłowym może realizować się w stopniu, który jest im dostępny. Podstawą jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji oraz dostarczenie różno-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

rodnych doświadczeń. Problem polega jednak na tym, że opiekunowie i pozostałe osoby z otoczenia niepełnosprawnych skupiają się na ich ograniczeniach, nie widzą więc sensu w dostarczaniu im doświadczeń, które ich zdaniem są niezrozumiałe dla upośledzonych.


Doświadczanie odrzucenia zarówno przez rodziców, jak i rówieśników
Zaniedbania wychowawcze, edukacyjne i rehabilitacyjne w wyniku niewłaściwej oceny poziomu rozwoju
Brak akceptacji, obojętność, wrogość, litość ze strony otoczenia społecznego
Nadopiekuńczość i nadmierna kontrola inicjatywy
Nadmierne przywiązanie do opiekunów, zwłaszcza matki
Trudności w wyrażaniu potrzeb
Zagrożenia dla rozwoju wynikające z niepełnosprawności intelektualnej
Zależność od elementów zewnętrznych, brak autonomii
Bezosobowe traktowanie
Ograniczony zasięg doświadczeń społecznych
Koncentracja otoczenia na defekcie, a nie na możliwościach indywidualnych
Niedocenianie możliwości rozwojowych – pobłażliwe traktowanie

Ryc. 3. Czynniki zagrażające rozwojowi osoby niepełnosprawnej intelektualnie

Źródło: opracowanie własne.

Przejmowanie przez otoczenie kontroli nad środowiskiem rozwojowym osób upośledzonych może utrudnić, a nawet uniemożliwić im rozwój. Upośledzony, który staje się całkowicie zależny od otoczenia, rozwija w sobie poczucie całkowitej bezradności i traci poczucie własnej tożsamości (Kostrzewski, Wald 1981; Olechnowicz 1978; Kościelska 2000).

Z powyższych rozważań wynika, że osoba upośledzona umysłowo to przede wszystkim osoba inna – wprawdzie trudniejsza w relacji i zagubiona, ale zasługująca na swoje miejsce wśród ludzi i mająca swoją rolę do odegrania w społeczeństwie. Niepełnosprawny przez całe życie potrzebuje pomocy, wsparcia, a przede wszystkim cierpliwości, dobrej woli i zdrowego rozsądku, żeby przystosować się do życia w społeczeństwie.

Szczególnie ważna dla rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie jest postawa ich rodziców i wychowawców. Opiekunowie powinni dołożyć wszelkich starań, aby dogłębnie poznać charakter doświadczeń, które są udziałem ich dzie-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

ci. Warto nauczyć się te doświadczenia modyfikować, zwracając uwagę na wzbogacanie środowiska rozwojowego poprzez dostarczanie dziecku nowych doznań. Należy nastawić się na pomoc w osiąganiu przez nie pełni rozwoju w takim obszarze, jaki jest mu dostępny (Zachara, Dobosiewicz 1987; Kościelska 1994).

Aby osoby niepełnosprawne umysłowo nie były postrzegane jedynie przez pryzmat ilorazu inteligencji, należy wyjść poza utarte schematy i obalić najczęściej powtarzane mity, które obok potencjalnych ograniczeń stanowią dodatkowy element utrudniający rozwój upośledzonym umysłowo.

MIT – ludzie upośledzeni umysłowo są zawsze dziećmi, nigdy nie staną się dorośli.

FAKT – osoby o obniżonej sprawności umysłowej przechodzą poszczególne stadia rozwoju w tej samej kolejności co osoby z normą intelektualną, ale w wolniejszym tempie. Występują trudności przy przechodzeniu z jednego stadium rozwojowego do kolejnego. Dzieci, dorastający i dorośli upośledzeni mają takie same potrzeby jak większość zdrowych ludzi, na ich zachowanie w dużej mierze wpływa środowisko społeczne, a nie ograniczenia wynikające z upośledzenia. Jeżeli pozwolimy osobom niesprawnym intelektualnie wyjść poza dzieciństwo, pozwolimy im dojrzeć, a tym samym damy im szanse na dorosłe życie.

MIT – upośledzeni umysłowo nie potrafią i nie mogą żyć samodzielnie.

FAKT – wielu upośledzonych umysłowo przy prawidłowej opiece, z zachowaniem zasad normalizacji może osiągnąć duży stopień niezależności.

MIT – ludzie upośledzeni najlepiej czują się wśród innych upośledzonych.

FAKT – ludzie upośledzeni szukają i potrzebują kontaktów z osobami sprawnymi intelektualnie. Takie kontakty stanowią o wartości procesu rewalidacji.

MIT – osoby upośledzone umysłowo lub dotknięte defektami sprzężonymi nie są w stanie kierować swoim życiem.

FAKT – analiza współczesnej literatury i wyników badań empirycznych dowodzi, że nawet osoby z głębszymi stopniami niepełnosprawności potrafią określić własne preferencje i są zdolne do kontroli środowiska, choć nie zawsze czynią to adekwatnie do oczekiwań społeczeństwa i we właściwy sposób. Mogą to na przykład robić poprzez samouszkodzenie lub zachowania stereotypowe.

MIT – wiele zachowań osób niesprawnych intelektualnie wymaga wzmożonej kontroli nad jednostką dla jej bezpieczeństwa.

FAKT – interwencje mające na celu eliminowanie i korygowanie nieodpowiednich zachowań z reguły powodują nasilenie występowania tych zachowań. Badania pokazują, że czynności te są wyrazem panowania nad własnymi reakcjami i kierowania ich przebiegiem. Zamiast je eliminować, należy nauczyć podopiecznych właściwych sposobów wyrażania własnych potrzeb. Zamiast skupiać się wyłącznie na zachowaniach problemowych, wspierajmy rozwój umiejętności

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

podejmowania inicjatyw i decyzji, kształtujmy niezależność i poczucie kontroli nad otoczeniem.

MIT – osoby niepełnosprawne najczęściej dokonują niewłaściwych wyborów lub preferują bezczynność, nawet w sytuacjach, w których mogą decydować o sobie i być aktywne.

FAKT – podejmowanie nieodpowiednich decyzji nie wynika z niesprawności intelektualnej. Każdy z nas popełnia błędy, osoby niepełnosprawne mają więc do tego takie samo prawo. Jeśli preferują bezczynność, to często dlatego, że w procesie rewalidacji sterowano nimi z zewnątrz i NIKT nie pytał ich o preferencje. Rutynowe zajęcia, które najczęściej proponuje się osobom upośledzonym, nie aktywizują. Brak motywacji do podejmowania jakiejkolwiek aktywności sugeruje konieczność zmiany stylu życia osoby niepełnosprawnej, a nie wprowadzanie systemu sztucznych wzmocnień, modyfikujących jej zachowanie.

MIT – ludzie upośledzeni umysłowo są chorzy psychicznie.

FAKT – osoby upośledzone mogą, ale nie muszą, przejawiać zaburzenia psychiczne.

Ramka 3. Upośledzenie umysłowe a choroba psychiczna

- Upośledzenie umysłowe samo w sobie nie jest chorobą. Obejmuje dużo zróżnicowanych objawów, które – choć powodowane czynnikami organicznymi i biologicznymi – mogą być efektem złożonych uwarunkowań społecznych i biologicznych.
- Choroba psychiczna to termin obejmujący szereg zaburzeń wpływających na zachowanie i funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i psychiczne. Polega na nieodpowiednich reakcjach emocjonalnych, na zniekształceniach procesów rozumienia i komunikacji oraz źle ukierunkowanych społecznie zachowaniach adaptacyjnych.
- Upośledzenie umysłowe ujawnia się przede wszystkim w niemowlęctwie i wczesnym dzieciństwie, natomiast choroba psychiczna pojawia się na ogół w wieku młodzieńczym lub dorosłym, rzadziej w dzieciństwie.
- Upośledzeniu umysłowemu mogą towarzyszyć zaburzenia psychiczne.
- W pracy z ludźmi psychicznie chorymi chodzi o reedukację w celu przywrócenia normalnego stylu życia.
- W pracy z ludźmi upośledzonymi umysłowo chodzi o nauczenie umiejętności życia.

Źródło: Cobb, Mittler 1993.

MIT – większość osób upośledzonych umysłowo wymaga ustrukturalizowanego środowiska oraz systematycznej i zaplanowanej opieki.

FAKT – osoby niepełnosprawne intelektualnie, które żyją w bardzo ustrukturalizowanym i całkowicie zaplanowanym środowisku, nie mają szans na rozwój. Jeśli wychowanie i nauczanie koncentruje się na rozwoju izolowanych umiejętności, ogranicza rozumienie własnych zachowań i preferencji. Należy pamiętać, że obok osób, które dobrze się czują w ściśle określonych i schematycznych warunkach, są też takie, które w sytuacji zmiany lepiej mogą wykorzystać swój potencjał. Proces rehabilitacji powinien być zatem nastawiony nie na realizację celów (często są to bowiem cele jedynie rodziców i wychowawców), ale na samorealizację jednostki.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Przedstawione wyżej mity wyznaczają określony sposób myślenia nie tylko o samej osobie niepełnosprawnej intelektualnie, lecz także o warunkach, w których może ona żyć, o programie rehabilitacji, w którym powinna uczestniczyć, o organizacji każdego dnia jej życia i o sposobach modyfikacji jej zachowania. Osoby upośledzone umysłowo szybko się uczą, że w niewielkim stopniu mogą decydować o sobie i wpływać na zachowanie innych. Dlatego też często doświadczają bezsilności, tracą zdolność kierowania sobą i stają się bierne. Wobec braku poczucia kontroli nad własnym życiem coraz bardziej utwierdzają się w przekonaniu o swojej bezradności i w wielu sytuacjach prezentują tak zwaną wyuczoną bezradność. Ponadto uczą się, że wpływają na otoczenie tylko wtedy, gdy stwarzają problemy, z którymi otoczenie nie zawsze potrafi sobie poradzić.

1.4. Konsekwencje ujmowania niesprawności intelektualnej w opiece i wychowaniu

W literaturze dominuje przekonanie, że rozwój jednostki o obniżonej sprawności intelektualnej to ciąg negatywnych doświadczeń. Jeśli oczekiwanie porażki staje się stałą cechą osobowości dziecka, to zmniejsza się jego aktywność. Niepełnosprawny zaczyna działać według zasady osiągania jak najmniejszego sukcesu, aby ryzyko porażki ograniczyć do minimum. Z czasem reakcje i zachowania utrwalają się, zmniejsza się podatność na zmianę i reorganizację. Osoba z upośledzeniem umysłowym, przyjmując postawę wyuczonej bezradności, coraz bardziej uzależnia się od innych ludzi. Jest to wynik nie tylko mniejszej sprawności umysłowej, lecz także stosunku otoczenia społecznego do niepełnosprawnych intelektualnie.

Niepełnosprawność umysłowa to zagadnienie, którego rozumienie zależy od przyjętego kryterium (por. podrozdział 1.2). Oprócz perspektywy klinicznej, rozwojowej czy społecznej mówimy także o perspektywie pedagogicznej (Karwowska 2007). Przyjęcie jednej z nich ma określone konsekwencje dla osób niepełnosprawnych intelektualnie.

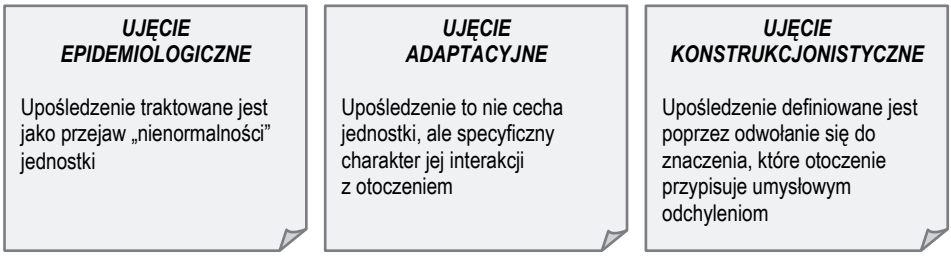
W perspektywie klinicznej niepełnosprawność rozumiana jest jako stały i nieodwracalny stan spowodowany defektem biologicznym. Stałość defektu sprawia, że jakiekolwiek działania edukacyjne są bezzasadne, a rehabilitacja służy jedynie podtrzymaniu stanu wyjściowego. W takim wypadku osobie upośledzonej umysłowo proponuje się jedynie opiekę, i to często w formie zinstytucjonalizowanej, poza środowiskiem rodzinnym. A przecież rodzina jest „nie tylko podstawową, ale niemal jedyną instytucją wspierającą konsekwentnie osoby niepełnosprawne i zapewniającą ich funkcjonowanie" (Ostrowska 2001, s. 92).

Rodzina pełni funkcję uzupełniającą, a czasami wręcz kompensującą, w stosunku do pozostałych systemów pomocy osobie niepełnosprawnej. Bliskie relacje z rodzicami i rodzeństwem zapewniają niesprawnemu intelektualnie dziecku/dorastającemu stabilizację emocjonalną i poczucie bezpieczeństwa. Wsparcie ze strony rodziny „umożliwia pokonanie kryzysów wywołanych niepełnosprawnością. Jej pomoc i opieka ułatwia radzenie sobie z problemami ograniczonej samo-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

dzielności" (Błeszyńska 2001, s. 307). Terapia prowadzona w domu jest bardziej intensywna i skuteczna, a w prawidłowo funkcjonującym systemie rodzinnym niesprawne intelektualnie dziecko może rozwinąć pełny zakres posiadanych umiejętności i możliwości (Twardowski 2003). To wszystko jest możliwe jedynie wtedy, gdy rodzicom i opiekunom uda się wyjść poza perspektywę kliniczną, odrzucić działania skoncentrowane na ograniczeniach i brakach, a także zainicjować działania ukierunkowane na istniejące szanse.

Z punktu widzenia osób niesprawnych intelektualnie znacznie korzystniejsza jest perspektywa rozwojowa, która traktuje niepełnosprawność umysłową jako pewne utrudnienie na drodze rozwoju indywidualnego. Zakłada się w niej, że rozwój osób upośledzonych umysłowo jest zdeterminowany tymi samymi czynnikami co rozwój osób z normą intelektualną, a niepełnosprawność intelektualna jest stanem, do którego się dochodzi w wyniku nieprawidłowego rozwoju (Kościelska 2000; Żółkowska 2004). Takie ujęcie daje osobom niesprawnym intelektualnie szanse na optymalizację warunków rozwojowych i sprzyja indywidualizacji.


UJĘCIE EPIDEMIOLOGICZNE
Upośledzenie traktowane jest jako przejaw „nienormalności" jednostki
UJĘCIE ADAPTACYJNE
Upośledzenie to nie cecha jednostki, ale specyficzny charakter jej interakcji z otoczeniem
UJĘCIE KONSTRUKCJONISTYCZNE
Upośledzenie definiowane jest poprzez odwołanie się do znaczenia, które otoczenie przypisuje umysłowym odchyleniom

Ryc. 4. Klasyfikacja społecznych podejść do upośledzenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Söder 1989, za: Gustavsson, Zakrzewska-Manterys 1997.

W perspektywie społecznej zwraca się uwagę na zachowania osób niepełnosprawnych. Otoczenie społeczne postrzega jako upośledzone te osoby, które zachowują się w odmienny i niezrozumiały sposób. Stopień upośledzenia jest tutaj wynikiem możliwości adaptacyjnych jednostki do oczekiwań społecznych. Zaburzone zachowania jednostki upośledzonej umysłowo nie muszą być związane z jej ograniczeniami, ale mogą wynikać ze społecznego naznaczenia. Zachowania, które odbiegają od ogólnie przyjętej normy, niezrozumiałe, niepokojące czy jedynie zaskakujące w społecznym odbiorze, mogą być powodem marginalizacji społecznej, co znacznie ogranicza możliwości rozwojowe jednostki dotkniętej upośledzeniem umysłowym.

Osoba niepełnosprawna, a szczególnie niesprawna intelektualnie, poza specjalistyczną procedurą rehabilitacyjną wymaga psychicznej obecności innych ludzi, aby móc się rozwijać na miarę swoich ograniczonych możliwości. Potrzebuje bliskich relacji uczuciowych, dużej wrażliwości na siebie i swoje stany psychoemocjonalne, wymaga cierpliwości i zaangażowania w te wszystkie działania, które wspierają jej rozwój i usamodzielnianie się. Perspektywa społeczna oparta

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

na tolerancji i integracji może na nowo określić niepełnosprawność intelektualną jednostki.

Perspektywę pedagogiczną zaproponowała Irena Obuchowska (1999). Zwróciła ona uwagę na znaczenie procesu uczenia się (ograniczonego i defektywnego) w biografii jednostki niesprawnej intelektualnie. Autorka zakłada, że każda jednostka, niezależnie od ograniczeń czy defektów, jest zdolna do uczenia się. Zdobyta wiedza i umiejętności mają wpływ na wybory życiowe jednostki, a przez to warunkują jej biografię. „O upośledzeniu można mówić wówczas, gdy ograniczenie czy defekt uczenia się wpływa decydująco na biografię, tzn. jednostka jest ograniczona w swoich wyborach życiowych wskutek zmniejszonej zdolności do nabywania wiedzy, umiejętności, rozwiązywania problemów itp." (Obuchowska 2005, s. 219).

Możemy zaryzykować stwierdzenie, że dla osób upośledzonych umysłowo optymalna jest perspektywa wieloaspektowa, która pozwala spojrzeć na niepełnosprawnych w sposób realistyczny, uwzględniający zarówno ich ograniczenia, jak i możliwości. Warto pamiętać, że u niepełnosprawnych intelektualnie ograniczenia występują razem z mocnymi stronami. Upośledzone osoby mogą funkcjonować znacznie lepiej dzięki odpowiedniemu wsparciu. Także doświadczenia w zakresie upośledzenia umysłowego oparte na wiedzy medycznej, pedagogicznej, psychologicznej i socjologicznej przyczyniają się do zmiany postaw w stosunku do ludzi upośledzonych.

W to podejście wpisuje się zasada „normalizacji", w myśl której celem nie jest „normalizowanie" osób niepełnosprawnych intelektualnie, ale „normalizowanie" warunków ich życia (Bank-Mikkelsen 1991). Zasada ta jest wyrazem równości wobec prawa i korzystania z praw człowieka. Wszyscy niepełnosprawni intelektualnie (także osoby z najgłębszym upośledzeniem) powinni mieć prawo do rozwoju, edukacji i pracy zgodnie z osobistymi zdolnościami. Chodzi o to, aby nie przystosowywać osób upośledzonych umysłowo do świata, który z założenia jest dla nich niedostępny. Nasz świat jest bowiem światem dla ludzi młodych i zdrowych, w którym standardem jest osoba pełnosprawna, silna, piękna, samodzielna i odnosząca spektakularne sukcesy. Aby pomóc osobom niesprawnym intelektualnie, należy stworzyć im w tym świecie warunki do życia i rozwoju.

Niepełnosprawność nie jest doświadczeniem wąskiego kręgu życiowych pechowców czy nieszczęśników. Stanowi zjawisko całkowicie naturalne i powszechne. Jeśli sobie uświadomimy, że mamy do czynienia z immanentnym składnikiem ludzkiej natury, wpisanym w życie każdego człowieka, to znajdziemy wspólny dla sprawnych i niepełnosprawnych (także niepełnosprawnych intelektualnie) punkt odniesienia i będziemy mogli skutecznie walczyć z obiektywnymi skutkami utraty sprawności.

Normalizowanie warunków życia osób upośledzonych umysłowo wymaga odpowiedniego wsparcia społecznego. W zależności od możliwości jednostki niesprawnej intelektualnie może to być wsparcie sporadyczne, ograniczone, rozległe bądź pełne. Wsparcie nie może ograniczać się jedynie do doraźnej pomocy, która polega na rekompensowaniu niedoborów. Powinno służyć aktywizowaniu

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

jednostki, wzmocnieniu predyspozycji potrzebnych do samodzielnego rozwiązywania trudnych sytuacji życiowych (Maciarz 2006). Wspieranie osób niepełnosprawnych powinno dotyczyć wszystkich obszarów funkcjonowania, które zagrożone są upośledzeniem.

Wspieranie osób niepełnosprawnych intelektualnie nie jest pojedynczym działaniem, lecz procesem opartym na rozumieniu osoby z upośledzeniem. To odkrywanie jej mocnych stron i uwzględnianie tkwiących w niej możliwości.

PAMIĘTAJMY

- ✓ Do rozpoznania upośledzenia umysłowego nie wystarcza stwierdzenie niższego poziomu funkcjonowania intelektualnego, który oceniany jest za pomocą ilorazu inteligencji uzyskanego przy zastosowaniu wystandaryzowanych testów inteligencji w trakcie badania psychologicznego.
- ✓ Nie rozpoznaje się upośledzenia umysłowego u osoby, która ma odpowiednio wysoki poziom funkcjonowania przystosowawczego, czyli może funkcjonować w życiu w sposób samodzielny, niezależny i odpowiedzialny.
- ✓ Funkcjonowanie przystosowawcze to efektywność, z jaką radzimy sobie z wymogami życia codziennego, samodzielność stosowna do naszego wieku życia, środowiska społecznego i sytuacji społecznej. Na funkcjonowanie społeczne dziecka wpływa jego osobowość oraz to, jak je wychowujemy, w jaki sposób nauczamy, jak motywujemy do działania.
- ✓ Każdy człowiek – bez względu na rodzaj i stopień niepełnosprawności – jest jedyny i niepowtarzalny. Pomimo niewątpliwie wielu cech wspólnych, które składają się na typ zaburzenia, jest indywidualnością.
- ✓ Osoby upośledzone umysłowo różnią się od siebie. Różnice mogą wystąpić zarówno między jednostkami o tym samym stopniu niedorozwoju, jak i między osobami z takim samym ilorazem inteligencji.
- ✓ Rozwój to wypadkowa wielu czynników: wrodzonych możliwości rozwojowych, wpływów środowiska, własnej aktywności czy sposobów i metod nauczania. Dlatego też nikt nie stoi w miejscu. Osoby z niepełnosprawnością umysłową przechodzą przez te same stadia rozwoju co ludzie zdrowi. Kolejne etapy osiągają w swoim tempie i dochodzą do takiego poziomu, który umożliwia im ich organizm i właściwy system wsparcia.
- ✓ Wsparcie osób niepełnosprawnych intelektualnie powinno dotyczyć wszystkich sfer zagrożonych upośledzeniem oraz być ukierunkowane na wzmocnienie zachowań przystosowawczych.
- ✓ Pomagając osobie niepełnosprawnej umysłowo, zmieniamy warunki jej życia, a nią ją samą.

ZALECANA LITERATURA

Clarke A.M., Clarke A.D.B. (1971). *Upośledzenie umysłowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kościelska M. (2000). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

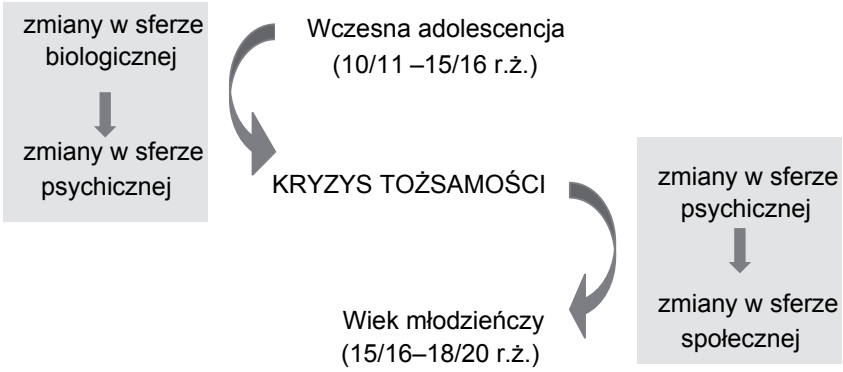
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Rozdział 2

Oblicza niepełnosprawności intelektualnej w okresie dorastania

Dorastanie to czas złożonych, nierzadko burzliwych zjawisk związanych ze zmianami anatomicznymi, fizjologicznymi i psychicznymi. Granice tego okresu to 10/11 i 18/20 rok życia (Obuchowska 2004). Przyjmuje się, że ta faza zaczyna się, kiedy pojawiają się symptomy dojrzewania biologicznego, a kończy się w momencie osiągnięcia statusu osoby dorosłej, czyli zdolności do samodzielnego życia oraz podejmowania zadań życiowych związanych z odpowiedzialnością za siebie i innych.

W tym czasie nastolatki znajdują się w stanie wewnętrznej sprzeczności pomiędzy potrzebą bycia dorosłym a pragnieniem zachowania przywilejów dziecka. Powoduje to liczne trudności związane z przejściem z fazy dzieciństwa, w której jednostka funkcjonuje w sytuacji zależności od rodziców, do dorosłości, w której pożądana jest niezależność od nich.



Ryc. 5. Fazy okresu dorastania

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Obuchowska 2004.

Oprócz terminu „dorastanie" w literaturze psychologicznej zamiennie stosuje się określenie „adolescencja". Adolescencja (łac. *adolescere*) – wzrastanie ku dojrzałości – to most, po którym jednostka przechodzi z dzieciństwa do dorosłości. W tym czasie uzyskujemy dwie zdolności istotne dla dalszego rozwoju: zdolność do dawania nowego życia oraz zdolność do samodzielnego kształtowania własnego życia. Ponieważ każda z tych zdolności rozwija się w innym czasie, okres adolescencji możemy podzielić na dwie fazy: fazę wczesnej adolescen-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

cji (dorastanie) i fazę późnej adolescencji (wiek młodzieńczy). Przyjmuje się, że 16 rok życia stanowi granicę między fazą, w której dominują zmiany natury anatomiczno-fizjologicznej, a fazą, która charakteryzuje się w większym stopniu dojrzewaniem osobowościowym i społecznym (Obuchowska 2004).

Wczesna adolescencja, zwana także fazą poczwarki (Obuchowska 2004), to czas dużych zmian uwarunkowanych fizjologicznie. W okresie tym ujawniają się sprzeczne tendencje. Z jednej strony dorastający dąży do niezależności, z drugiej pojawia się silna potrzeba konformizmu. Niezależność charakteryzuje relacje z rodzicami, konformizm pojawia się w kontaktach z rówieśnikami. Zarówno chłopców, jak i dziewczęta we wczesnej adolescencji wyróżnia duża zmienność zachowań i łatwość angażowania się w rozmaite sfery aktywności. Ich motywacja jest zmienna, w znacznym stopniu zależna od opinii rówieśników, którzy w tym czasie stanowią główną grupę odniesienia. Współwystępowanie zachowań agresywnych i uległych sprawia wrażenie chaosu i niespójności. Charakterystyczną cechą nastolatków w tej fazie jest także nadpobudliwość i labilność emocjonalna (Bardziejewska 2005).

W drugiej fazie adolescencji, nazywanej również fazą motyla (Obuchowska 2004), następuje próba zdefiniowania samego siebie, której towarzyszy bogate życie wewnętrzne. Poszukiwanie własnej tożsamości ma charakter bardziej świadomy, oparty na autorefleksji. Działania dorastających są wówczas w większym stopniu podporządkowane stawianym celom.

2.1. Charakterystyka stadium adolescencji

2.1.1. Zmiany biologiczne i ich wpływ na zachowanie dorastających

Pierwszymi sygnałami, że dziecko wkracza w okres dorastania, są pojawiające się zmiany fizyczne w wyglądzie ciała oraz nowe jego funkcje. Zmiany te pojawiają się około 10 roku życia dość gwałtownie i często są zaskoczeniem dla młodego człowieka. Ciało, które do tej pory było znane i przewidywalne, traci swoje dotychczasowe wymiary i proporcje, a tym samym odmawia posłuszeństwa. Młody człowiek nie panuje nad własnym ciałem, które zdaje się żyć własnym życiem. Zmiany związane z biologicznym dojrzewaniem porównywane są niekiedy do drugich narodzin ze względu na dynamiczne zmiany morfologiczne i czynnościowe, które prowadzą do przekształcania dziecięcej postaci w postać dorosłą (Dolto, Dolto-Tolitch 1996).

Dojrzewanie biologiczne obejmuje trzy etapy (Wolański 1982; Obuchowska 2004). Pierwszy, zwany **fazą przedpokwitaniową**, wyznaczają: rozpoczęcie aktywności gruczołów płciowych oraz pierwsze widoczne zmiany somatyczne, takie jak uwypuklenia gruczołów piersiowych u dziewcząt i powiększenia jąder u chłopców. We właściwej **fazie pokwitaniowej** następują zmiany, które prowadzą u dziewcząt do wystąpienia pierwszej miesiączki, a u chłopców rozrostu prącia oraz występowania polucji nocnych. Nazwa pokwitanie (*pubes*) pochodzi z języka łacińskiego i oznacza „okolicę łonową". Podkreśla zmiany zachodzące

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

w wyglądzie nastolatka na skutek pojawienia się zarostu pachowego i łonowego, a w przypadku chłopców także zarostu twarzy. Fazę właściwego pokwitania charakteryzują intensywne zmiany, które dotyczą rozwoju kośćca, mięśni i narządów wewnętrznych oraz kształtowanie się różnic warunkowanych płcią. Jest to tak zwany **skok pokwitaniowy** (Wolański 1982; Obuchowska 2004).

Jest on szczególnie widoczny u chłopców, gdyż dojrzewanie dziewcząt rozpoczyna się wcześniej i przebiega łagodniej. Przemiany tego okresu są przede wszystkim wynikiem wzrostu ilości wydzielanych hormonów – testosteronu u chłopców, progesteronu u dziewcząt. W wyniku skoku pokwitaniowego zmienia się sylwetka młodego człowieka. U dziewcząt możemy obserwować sylwetkę podlotka, a u chłopców wyrostka. Wynika to z określonej kolejności przemian. Najpierw rosną bowiem nogi i ręce, następnie zmienia się szerokość bioder i klatki piersiowej, na końcu szerokość ramion i długość tułowia. Określona jest także kolejność wzrostu kończyn, pierwsze rosną stopy i dłonie, w dalszej kolejności podudzia i przedramiona oraz uda i ramiona. W efekcie pogarsza się sprawność motoryczna dorastającego. Zanika lekkość i harmonia ruchów, zmniejsza się ich płynność i elastyczność. Towarzyszy temu niezgrabność, nadpobudliwość ruchowa oraz zmiana precyzji ruchów.

W trakcie i po zakończeniu dojrzewania proporcjonalna ilość tkanki tłuszczowej u dziewcząt rośnie, a u chłopców maleje, w przeciwieństwie do masy mięśniowej, która wzrasta u chłopców, a maleje u dziewcząt. W sposób widoczny zmienia się także wygląd twarzy, która uzyskuje inne proporcje. Szczęka staje się grubsza, dłuższa i nieco bardziej wysunięta do przodu, przyspieszony jest również wzrost nosa, który staje się wyraźnie wysunięty. Zmiany są bardzo zróżnicowane indywidualnie i płciowo – u chłopców znacznie wyraźniejsze. Wzrastanie w okresie dojrzewania obejmuje także wewnętrzne i zewnętrzne narządy płciowe.

Po zakończeniu skoku pokwitaniowego organizm uzyskuje dojrzałość płciową. U dziewcząt zapowiedzią jest pierwsza miesiączka, u chłopców obecność spermy w moczu i zmazy nocne (wytrysk nasienia podczas snu). Pierwsze cykle miesiączkowe najczęściej, choć nie jest to regułą, są jednofazowe, bezowulacyjne – nie następuje dojrzewanie i wydalanie komórki jajowej. Z tego względu etap ten, trwający ok. 2–4 lat, określa się fazą niepłodności wieku dojrzewania. U chłopców natomiast w pierwszych wytryskach nasienia nie występują plemniki. Nieliczne plemniki pojawiają się w płynie nasiennym po ok. 6 miesiącach od wystąpienia ejakulacji, są one jednak z reguły nieruchome i o nieprawidłowej budowie (Obuchowska, Jaczewski 2002).

Doskonalenie zdolności do zapłodnienia i utrzymania ciąży następuje dopiero w **fazie popokwitaniowej**, dzięki stabilizacji hormonalnej i enzymatycznej. Przyjmuje się, że ostatnia faza pokwitania trwa do 22 r.ż. Dojrzałość biologiczna nie oznacza jednak psychicznej gotowości do rodzicielstwa, które wiąże się z umiejętnością zapewnienia dziecku warunków do życia i rozwoju.

Zmiany organizmu związane z jego dojrzewaniem występują w indywidualnie zróżnicowanym tempie, ale zawsze w tej samej kolejności. Nastolatek intensywnie śledzi przemiany swojego organizmu. Trudności w tym zakresie wiążą się

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

z odbieraniem przez dorastającego zmieniającego się ciała jako obcego, nieznanego do tej pory. Typowym zachowaniem jest porównywanie się z rówieśnikami i funkcjonującym kulturowo obrazem idealnej kobiety i idealnego mężczyzny. Może to prowadzić do skrajnych reakcji związanych z brakiem akceptacji swojej cielesności (Bardziejewska 2005). Kolejna konsekwencja biologicznego dojrzewania to wzmożona czynność gruczołów łojowych i potowych, co powoduje intensywne pocenie się nastolatka i wydzielanie łoju. Skóra staje się tłusta, trądzikowa, a włosy się przetłuszczają. W okresie, w którym młody człowiek jest bardzo wrażliwy na punkcie swojego wyglądu, wspomniane objawy stają się dodatkowym powodem zawstydzenia.

Dla dziewcząt nowym, a więc potencjalnie trudnym doświadczeniem, może być zmienność organizmu wynikająca z cyklu menstruacyjnego, a przede wszystkim sam fakt krwawienia miesięcznego. Z racji niekontrolowanego wystąpienia (trudno przewidzieć termin nie tylko pierwszej, ale także kolejnych menstruacji) może ono wywoływać różnego rodzaju lęki. Dotychczasowe wyobrażenia zostają skonfrontowane z bezpośrednim doświadczeniem, dochodzi do rewizji wiedzy nastolatki na temat własnego ciała i jego funkcjonowania. Nieregularność pierwszych miesiączek i zmienność ich obfitości, a przede wszystkim występująca bolesność brzucha, stają się dla dziewczyny niełatwym doświadczeniem.

W przypadku chłopców wzrost wydzielania testosteronu, a tym samym wystąpienie pierwszych wytrysków nasienia, może nieść ze sobą utrudnienia i zakłopotanie, szczególnie jeśli nie mają świadomości następujących w nich zmian. Pierwsze polucje występują często podczas snu i pozostawiają ślad na pościeli. Może to wzbudzać niepokój lub skrępowanie, jeśli ktoś odkrywa tajemnicę nastolatka. Nierzadko mimowolny wzwód występuje w sytuacjach społecznych, na przykład w czasie ćwiczeń fizycznych czy jako reakcja na stres podczas odpowiedzi na lekcjach, co jeszcze bardziej utrudnia zaakceptowanie przemian związanych z dorastaniem.

Dostrzegane przez dorastających zmiany w wyglądzie i czynnościach ciała znacząco wpływają nie tylko na obraz własnej osoby, lecz także na związane z nim emocje. Nastolatkowi bardzo trudno jest poradzić sobie z własnymi uczuciami: lękiem, bezradnością czy wstydem. Brak wiedzy i wcześniejszego przygotowania przez rodziców czy nauczycieli do zmian zachodzących podczas dojrzewania jedynie potęguje napięcie emocjonalne, wahania nastroju i nadmierną koncentrację na pojawiających się problemach. Młodzi ludzie, którzy nie znają przyczyn dziwnych objawów, mogą traktować je jako coś złego i nieprawidłowego (Bardziejewska 2005).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Tabela 2. Fazy dorastania płciowego w okresie adolescencji

Faza	Typowe cechy rozwoju płciowego	
	dziewczęta	**chłopcy**
Przed-pokwitaniowa	WIEK 10–12 ▪ rozwój piersi do postaci „pączka” ▪ pojawienie się owłosienia łonowego ▪ zmiany proporcji ciała związane z przyspieszeniem wzrastania, sylwetka „podlotka”	WIEK 11–13 ▪ powiększenie jąder oraz zmiany fizjologiczne skóry moszny ▪ pojawienie się owłosienia łonowego ▪ zmiany proporcji ciała związane z przyspieszeniem wzrastania, sylwetka „wyrostka”
Pokwitania właściwego	WIEK 12–14 ▪ dalszy rozwój piersi ▪ dalszy rozwój owłosienia łonowego ▪ pojawienie się owłosienia pachowego ▪ pojawienie się miesiączki (około 2 lat może być nieregularna) ▪ mniejsze przyrosty wysokości ciała ▪ zarysowanie sylwetki kobiecej ▪ zgrubienie rysów twarzy ▪ często występuje trądzik młodzieńczy	WIEK 13–15 ▪ dalszy rozwój narządów płciowych ▪ dalszy rozwój owłosienia łonowego ▪ pojawienie się owłosienia pachowego ▪ mutacja (wydłużenie się krtani) ▪ zmazy nocne ▪ mniejsze przyrosty wysokości ciała ▪ sylwetka „wyrostka” utrzymuje się ▪ zgrubienie rysów twarzy ▪ często występuje trądzik młodzieńczy
Młodzieńcza	WIEK 14–16 ▪ dalszy rozwój piersi ▪ owłosienie łonowe przybiera kształt trójkąta ▪ owłosienie pachowe osiąga ostateczną postać ▪ ustalają się regularne miesiączki ▪ zwolnienie tempa przyrostu ciężaru ciała ▪ sylwetka traci wygląd „podlotka” i przybiera wygląd typowo kobiecy ▪ wysubtelnienie rysów twarzy	WIEK 15–16 ▪ zakończenie rozwoju narządów płciowych ▪ owłosienie łonowe przybiera kształt zbliżony do rombu ▪ owłosienie pachowe osiąga ostateczną postać ▪ głos męski – w związku z zakończeniem rozwoju krtani („jabłko Adama”) ▪ zwolnienie tempa przyrostu wysokości ciała

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Obuchowska 2004; Wolański 1982.

2.1.2. Rozwój potrzeby seksualnej

Wraz z dojrzewaniem płciowym i związanymi z nim zmianami u młodego człowieka pojawiają się nowe odczucia i nowe pragnienia. Zaczyna dochodzić do głosu potrzeba seksualna. Ogólne pobudzenie i napięcie seksualne prowadzą do podjęcia aktywności seksualnej. Aktywność seksualna dorastających obejmuje następujące zachowania: masturbację, necking, petting oraz stosunek genitalny (Obuchowska, Jaczewski 2002; Obuchowska 2004; Beisert 2006).

Masturbacja polega na stymulowaniu narządów płciowych, którego celem jest rozładowanie napięcia seksualnego bez udziału drugiej osoby. Najczęściej jest to mechaniczne pobudzanie dłonią okolic erogennych. Masturbacja traktowana jest jako zjawisko powszechne, szczególnie w przypadku dorastających chłopców, u których pobudliwość członka doprowadza często do przypadkowego od-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

krycia przyjemności osiąganej poprzez autostymulację (Obuchowska 1996). Ma ona charakter rozwojowy, mija wraz z poznaniem bardziej dojrzałych zachowań seksualnych.

Petting i necking to pieszczoty, takie jak pocałunki, dotknięcia, uściski, głaskanie. Necking polega na stymulacji górnych części ciała, natomiast petting, jako forma bardziej zaangażowanej aktywności seksualnej, obejmuje pieszczoty genitalne wykluczające stosunek seksualny. W odróżnieniu od masturbacji jest to aktywność dwóch osób i traktowana jest jako etap pośredni między autoerotyzmem młodzieńczym a stosunkiem seksualnym. Wśród cech różniących petting od masturbacji wymienia się więź jako efekt dążenia do bliskości z drugim człowiekiem, większą efektywność w osiąganiu przyjemności oraz większy udział kontroli społecznej (Beisert 1991). Takie zachowania pozwalają na wzajemne poznawanie potrzeb i reakcji w bliskim kontakcie fizycznym oraz uczą wrażliwości erotycznej.

Stosunek genitalny jest końcową formą na drodze rozwoju seksualnego. Te pierwsze kontakty stanowią fundament pod przyszły wybór partnera, pozwalają określić własne preferencje i oczekiwania. Czas inicjacji seksualnej jest zróżnicowany w sposób indywidualny. Przeciętny wiek inicjacji seksualnej młodzieży w Polsce stopniowo obniża się, chociaż dane na ten temat są różne. Zbigniew Izdebski (2000) podaje, że przypada ona na 19 r.ż. – chłopcy przeciętnie 18,3 roku, dziewczęta 19,3 roku. Według Barbary Woynarowskiej (2005) wiek inicjacji seksualnej chłopców to 14,1 r.ż., a dziewcząt 14,7 r.ż.

Możemy wyróżnić trzy odmienne nastawienia młodzieży do seksu:

- **hedonistyczne** – seks jest traktowany jako wspaniała zabawa, jest ważniejszy od samego partnera, młodzi podejmują współżycie seksualne często i wszędzie tam, gdzie jest to możliwe,
- **wulgarne** – seks to niekontrolowany popęd, łączy się z przemocą (gwałty, także zbiorowe), charakterystyczne jest również wulgarne słownictwo, którym określa się sprawy związane z seksem,
- **świadomie powściągliwe** – odkładanie inicjacji seksualnej, czekanie na miłość, dojrzałość bądź związek małżeński (Obuchowska 2004).

Adolescencja to także okres, w którym młody człowiek zakochuje się w osobie tej samej płci – może to być nauczyciel, starszy kolega, sławny człowiek lub ktoś odbierany jako autorytet. Zjawisko to nosi nazwę adoracji i kultu gwiazdy, jeśli przedmiotem uwielbienia jest osoba sławna. W okresie dorastania może wystąpić tak zwana faza homofilna, w której pojawia się zainteresowanie osobami własnej płci. Wynika to z chęci eksperymentowania z własną seksualnością (Bardziejewska 2005). Natomiast zainteresowanie płcią przeciwną może, zwłaszcza na początku, przybierać formę antagonizmu płciowego, rozumianego jako wzajemna niechęć osób płci przeciwnej. Jest to raczej niechęć pozorna, wynika bowiem z niepokoju i ma na celu ukrycie pojawiającego się zainteresowania płcią przeciwną. Na okres wczesnej adolescencji przypadają początkowe fazy uczucia miłości, takie jak miłość szczenięca i cielęca (Hurlock 1985). W miłości

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

szczenięcej bardziej istotny jest sam fakt zakochania niż obiekt tego uczucia. Kochana osoba jest idealizowana i obdarzana miłością na odległość. Kiedy w zetknięciu z rzeczywistością nastolatek spostrzega jej wady, poszukuje nowego ideału. Miłość cielęca to bezgraniczne uwielbienie dla obiektu uczuć. Dopiero potem rozwija się miłość romantyczna, która przypada zazwyczaj na okres młodzieńczy.

2.1.3. Emocjonalność nastolatków

Zmiany w zakresie emocji u dorastających nie są związane jedynie z obrazem samego siebie, są także konsekwencją przemian neurohormonalnych. Młodych ludzi charakteryzuje znaczne pobudzenie emocjonalne oraz labilność (chwiejność) emocjonalna. Dorastający bardzo łatwo i szybko przechodzą od radości do smutku, przy czym obydwa stany mogą być przeżywane z równą intensywnością. Szybkie następowanie po sobie, czasem wręcz współwystępowanie, zmiennych i często sprzecznych ze sobą emocji jest oznaką ambiwalencji uczuć. Dorastający mogą niemal jednocześnie odczuwać wrogość i sympatię, miłość i nienawiść. Towarzyszy temu skłonność do wzruszeń, czyli przeżywania stanów emocjonalnych, które charakteryzują się gwałtownym początkiem i krótkim czasem trwania (Obuchowska 2004).

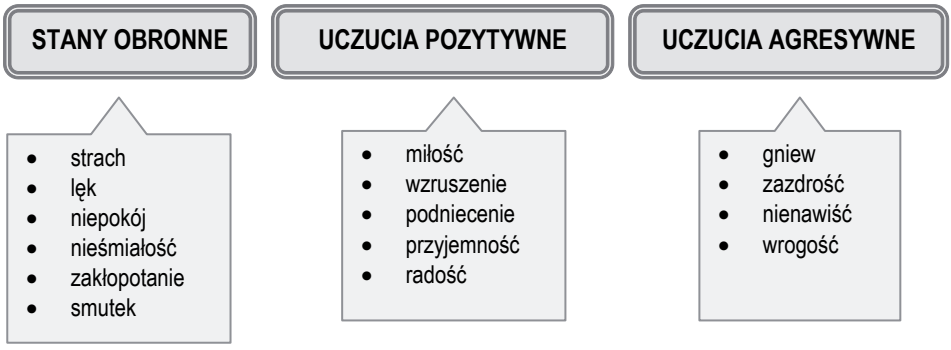
Przeżywane stany emocjonalne niejednokrotnie są wzbudzone przez bodźce wypływające z funkcji hormonalnych organizmu, dlatego mogą się wydawać emocjami bezprzedmiotowymi, bez wyraźnej przyczyny. W młodszym wieku, na skutek wzmożonego funkcjonowania gruczołów dokrewnych, występuje przewaga procesów pobudzenia nad procesami hamowania. Chłopcy są bardziej impulsywni, gniewni, zewnętrznie burzliwi. Dziewczęta histeryzują, płaczą, kapryszą, obrażają się i zazdroszczą (Przetacznikowa 1972).

Emocjonalność młodzieży jest często podobna do emocjonalności charakterystycznej dla dzieci. Podatność na pobudzenie emocjonalne, skłonność do niestałości uczuciowej oraz ekspresywność emocji to norma rozwojowa wczesnego i średniego dzieciństwa. W następnych latach w procesie socjalizacji uczymy się kontrolować i wyrażać emocje w sposób akceptowany społecznie i przechodzimy do dojrzałości emocjonalnej. Tymczasem okres dorastania charakteryzujący się dysharmonią emocjonalną w pewnym stopniu zakłóca ten proces. Jest to jednak naturalne tło rozwojowe, umożliwiające przejście z dzieciństwa do dorosłości, i nie powinno być źródłem obaw o prawidłowy kierunek rozwoju (Gasiul 2007).

Intensywności i zmienności przeżyć dorastających towarzyszy różnorodność doświadczanych uczuć. Ciekawość, radość, przyjemność, niepokój, lęk, zakłopotanie, złość, gniew to uczucia wymieniane jako charakterystyczne dla okresu dorastania (Gerstmann 1986). Uczucia pozytywne są przede wszystkim efektem podejmowania niekontrolowanej przez opiekunów aktywności, satysfakcjonujących kontaktów społecznych i osiągnięć, na przykład szkolnych. Natomiast trudności emocjonalne powstają najczęściej w wyniku poczucia niższości, braku wiary w siebie oraz niedostatecznych umiejętności radzenia sobie w trudnych

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

sytuacjach. Także częste zmiany zachowania i nastroju, przy jednoczesnym braku społecznej aprobaty, mogą rodzić smutek i rozżalenie (Gerstmann 1986; Tyszkowa 1986).



Ryc. 6. Procesy emocjonalne w okresie dorastania

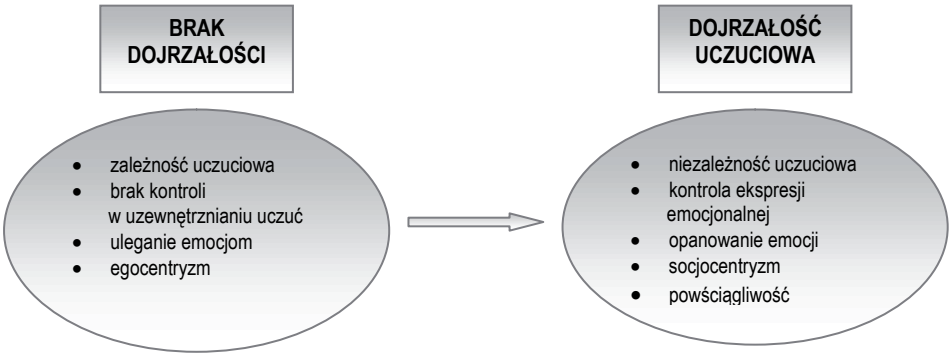
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Cole 1965, za: Łapińska, Żebrowska 1986.

Negatywne emocje w okresie dorastania powstają w wyniku nagromadzenia trudnych doświadczeń. Brak akceptacji dla tego rodzaju uczuć sprawia, że dorastający często je tłumią. Nie prowadzi to do rozwiązania problemu, który je wywołał, lecz powoduje jego eskalację. W efekcie mamy do czynienia z uzewnętrznieniem się blokowanych emocji w postaci nagłych wybuchów wściekłości i zachowań agresywnych. Wyróżniamy następujące kategorie dysfunkcyjnych zachowań dorastających:

- **dysfunkcja poznawczo-emocjonalna** – charakteryzuje się niską samooceną, impulsywnością, negatywną postawą wobec szkoły, niskim rozwojem poznawczym i niskimi aspiracjami w zakresie poziomu wykształcenia,
- **dysfunkcja behawioralna** – obejmuje łamanie dyscypliny szkolnej, zachowania przestępcze, zachowania aspołeczne, używanie środków odurzających,
- **dysfunkcja sieci społecznej** – dotyczy uwikłania w zachowania dysfunkcjonalne oraz w różne formy dezorganizacji życia rodzinnego (Gaś 1995).

Rozwój emocjonalny w okresie dorastania to stopniowe kształtowanie się dojrzałości emocjonalnej. Jest to proces polegający na stopniowym przechodzeniu od zależności do niezależności uczuciowej, od niekontrolowanej ekspresji emocji do wyrażania ich w sposób kontrolowany, przechodzeniu od nadmiernego ulegania uczuciom do ich opanowania oraz od egocentryzmu uczuciowego do społecznego ukierunkowania uczuć. Dojrzałość uczuciowa to wyjście z chaosu emocjonalnego i stabilizacja uczuć, to także umiejętność odraczania reakcji emocjonalnych, zdobywanie lepszej orientacji we własnych i cudzych przeżyciach oraz ich akceptowanie, to czas, w którym uczucia nabierają indywidualnego charakteru (Gerstmann 1986; Obuchowska 2004).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436



Ryc. 7. Kierunek zmian na drodze do osiągnięcia dojrzałości uczuciowej

Źródło: opracowanie własne.

Pełnej dojrzałości emocjonalnej nie osiągamy w okresie młodzieńczym, kształtuje się ona w następnych latach i jest wynikiem nie tylko obecnych bądź przyszłych, lecz także wcześniejszych doświadczeń jednostki. Wśród tych doświadczeń szczególnego znaczenia nabierają relacje jednostki z najbliższym otoczeniem – rodzicami i wychowawcami. Oznacza to odpowiedzialność wychowawców za jakość doświadczeń zdobywanych przez młodzież, a wcześniej dzieci, w środowisku rodzinnym i szkolnym. Zadaniem dorosłych jest „organizowanie źródeł uczuć rozwojowo korzystnych, usuwanie niekorzystnych i niedopuszczanie do pojawienia się nieadekwatnych reakcji zarówno na pierwszy typ źródeł uczuć, jak i na drugi" (Gerstmann 1986, s. 53).

2.1.4. Kontakty społeczne dorastających

Analiza kontaktów społecznych w okresie dorastania koncentruje się zwykle na trzech dziedzinach: stosunkach rodzinnych, stosunkach z rówieśnikami i stosunkach z przedstawicielami płci odmiennej. Relacje te mają charakter pionowy, międzygeneracyjny (relacje z dorosłymi – rodzicami, nauczycielami) oraz poziomy (szeroko rozumiane kontakty z rówieśnikami). Obydwa rodzaje więzi społecznych oddziałują na siebie wzajemnie bezpośrednio i/lub pośrednio. Pełnią one odmienną funkcję i odpowiadają na zróżnicowane potrzeby nastolatka. Wśród rówieśników dorastający zdobywają doświadczenia związane z rywalizacją i współpracą, natomiast w kontaktach z dorosłymi uczą się między innymi podporządkowania swojej aktywności innym osobom. W postępowaniu dorosłych młodzież poszukuje spójności i harmonii jako przeciwwagi dla własnej dysharmonii i braku spójności wewnętrznej (Schaffer 2005).

Zmiana relacji z rodzicami jest niezbędna, aby dorastający mógł osiągnąć spójną tożsamość osoby dorosłej. Mimo to przebudowa więzi rodzinnych stanowi istotny problem zarówno dla rodziców, jak i dla ich dorastających dzieci. We wczesnych okresach rozwojowych relacja rodzice–dziecko ma postać związ-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

ku zależnościowego, w którym dominującą pozycję zajmują rodzice. W okresie dorastania dziecka układ ten powinien ulec modyfikacji w kierunku stosunków zbliżonych do partnerskich. Podtrzymywanie zbyt bliskich relacji z rodzicami utrudnia młodemu człowiekowi budowanie satysfakcjonujących relacji poza rodziną. Dojrzałe funkcjonowanie w następnej fazie rozwojowej wymaga od nastolatka „przecięcia pępowiny" z rodzicami, czyli psychicznego uniezależnienia się od nich tak, aby móc odpowiadać za własne decyzje w dorosłym życiu. Uniezależnianie się od rodziców to długotrwały proces, ale jego kulminacja w fazie dorastania powoduje, że zmiany w tym zakresie nazywane są społecznymi narodzinami (Obuchowska 1982).

Dorastający, przejawiając potrzebę samodzielności, wytwarzają własny system wartości, nie zawsze zgodny z poglądami rodziców. Rodzice muszą zaakceptować zmniejszającą się kontrolę nad dzieckiem i uznać, że ich plany i marzenia nie są takie same jak pragnienia potomka, a koncepcja życia ich dziecka jest lub może być inna niż rodzicielskie aspiracje. W związku ze wzrastającym krytycyzmem młodzież poddaje wnikliwej analizie poglądy i zachowanie poszczególnych osób dorosłych oraz wymaga coraz bardziej przekonującej argumentacji, nierzadko popadając przy tym w skrajności. Konflikty w domach rodzinnych powstają często na skutek hamowania wzrastającej potrzeby samodzielności, rygorystycznej kontroli, różnic w poglądach i braku zrozumienia młodzieży przez dorosłych.

Rodzicom trudno jest z dnia na dzień pogodzić się z faktem, że nie mogą już nakazywać i zakazywać, lecz tylko doradzać. Muszą też zaakceptować fakt, że nawet najrozsądniejsze rady nie zawsze będą wysłuchane przez dziecko. Stopniowa utrata kontroli nad dorastającym dzieckiem jest główną przyczyną spostrzegania adolescencji jako najtrudniejszego etapu wychowania. Brak gotowości rodziców (lub jednego z nich) do przekształcenia dotychczasowych relacji z dzieckiem u progu jego dorosłości może ujawniać się w postaci tak zwanego syndromu nadmiernej protekcji (Obuchowska 2007). Występujące wówczas działania dorosłych porównać można do tworzenia pancerza ochronnego, którym chcą osłonić nastolatka przed wymagającym światem. Problem polega na tym, że nadmierna ochrona hamuje rozwój młodego człowieka.

Opór rodziców wobec uniezależniania się nastolatka oraz okazywanie braku akceptacji z powodu zmian zachodzących w jego funkcjonowaniu stanowią źródło konfliktów dorastających z rodzicami. Konflikty wynikają również z niedopasowanych do potrzeb rozwojowych młodego człowieka reakcji dorosłych, które mogą być odczytywane przez młodzież jako ograniczanie możliwości autentycznego wyrażania się. W tym sensie zachowanie rodziców staje się czynnikiem wyzwalającym bunt młodzieńczy.

Anna Oleszkowicz (2006) traktuje bunt dorastających jako naturalne zjawisko rozwojowe. Jej zdaniem bunt młodzieńczy jest potrzebą sprzeciwu wobec tego, co nastolatek spostrzega jako ograniczające, zagrażające lub niezgodne z jego idealistycznymi wyobrażeniami. Dorastający buntują się przeciwko wymaganiom rodziców, brakowi akceptacji i zainteresowania z ich strony lub przeciwko nadmiernej ingerencji w swoje życie. W przypadku zakłóconych relacji rodzin-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

nych, naznaczonych obojętną postawą rodziców, bunt nastolatka pełni funkcję wymuszania uwagi, staje się szansą dla rodziców i całego systemu rodzinnego, rozumianą jako możliwość podjęcia przez dorosłych działań zmierzających do zmiany nieprawidłowych relacji rodzinnych.

Doświadczenia interpersonalne nastolatków związane z negowaniem świata dorosłych i podział na MY – młodzież i ONI – dorośli powoduje, że w okresie tym znacząco wzrasta zainteresowanie grupą rówieśniczą. Nastolatki niemalże cały swój wolny czas spędzają z rówieśnikami. Jest to czas kształtowania się silnych indywidualnych przyjaźni lub więzi obejmujących większą liczbę uczestników (Bardziejewska 2005). Młody człowiek chce być rozpoznawany i akceptowany, a potrzeba identyfikacji z grupą jest bardzo silna i ważna. Grupa rówieśnicza:

- zastępuje rodzinę,
- wpływa stabilizująco na osobowość swoich członków,
- jest źródłem poczucia własnej wartości,
- określa standardy zachowania,
- zapewnia bezpieczeństwo wynikające z liczebności,
- pomaga w rozwijaniu społecznych kompetencji,
- dostarcza wzory do przyjmowania i naśladowania (Obuchowska 2004).

Grupa daje radość współprzeżywania podobnych problemów, umożliwia weryfikowanie obrazu samego siebie oraz kształtowanie tożsamości społecznej. U źródeł silnej potrzeby włączania się dorastających w grupę rówieśniczą leży dążenie do uzyskania akceptacji kolegów, istotnej dla potwierdzenia własnej wartości. Dorastający w małym stopniu akceptowani przez rówieśników wykazują niższą samoocenę, wyższy poziom lęków społecznych i cierpią na depresję (Obuchowska 1996). Uczestniczenie w życiu grupy rówieśniczej staje się życiową koniecznością. Kontakty z kolegami są znaczącym źródłem uczuć dorastających. Akceptacja lub odrzucenie przez rówieśników ma znaczący wpływ na podejmowane działania (Ziółkowska 2005).

Możemy wyróżnić trzy kategorie więzi nastolatków z rówieśnikami: koleżeństwo, przyjaźń i uczucia erotyczne. Kontakty koleżeńskie to przede wszystkim poczucie solidarności wobec grupy i dążenie do współpracy. Więź koleżeńska rozwija się głównie w grupach o charakterze formalnym, takich jak klasa szkolna czy organizacja, i ma charakter okazjonalny, sytuacyjny, w przeciwieństwie do przyjaźni. Uczucia przyjaźni występują z reguły w małych nieformalnych grupach i są stałe. W przyjaźni między dorastającą dziewczyną i chłopakiem pojawiają się uczucia erotyczne – efekt nasilającej się w tym czasie potrzeby seksualnej (Gerstmann 1986).

Dorastającym bardzo zależy na uzyskaniu aprobaty otoczenia, dlatego nie chcą być spostrzegani jako różniący się od siebie. Osoby, które nie potrafią dostosować się do panujących w grupie zasad, często są ośmieszane, karane, w końcowej zaś fazie nawet odrzucane (Turner, Helms 1999). Odrzucenie przez grupę społeczną może być wynikiem zaburzeń eksternalizacyjnych lub internalizacyjnych (Schaffer 2005). Pierwsza grupa zaburzeń to zachowania takie jak brak panowa-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

nia nad impulsami oraz zachowania destrukcyjne, czyli przemoc bądź agresja. Druga grupa zaburzeń związana z tak zwanym lękiem społecznym stanowi wynik nadmiernej lękliwości w relacjach społecznych, która powoduje izolowanie się od rówieśników i poczucie osamotnienia. W obydwu przypadkach nastolatek może być odtrącany przez innych, a poczucie bezradności potęguje działania nie zawsze aprobowane społecznie. Ponadto brak zadowalających kontaktów z rówieśnikami i poczucia więzi psychicznej może prowadzić do samotności.

Jakkolwiek przynależność do grupy uczy współzawodnictwa, wywiązywania się z przyjętych zobowiązań i niezależności od dorosłych oraz jest źródłem wiedzy o sobie, to może mieć także niekorzystny wpływ na dorastającego. Dochodzi do tego, jeżeli grupa demoralizuje, nadmiernie kontroluje, osłabia poczucie wartości lub zastrasza nastolatka. Uleganie namowom rówieśników, którzy wymuszają na przykład zgodę na picie alkoholu, spróbowanie narkotyku czy wczesne rozpoczęcie życia seksualnego, jest niebezpieczne z punktu widzenia rozwoju indywidualnego nastolatka (Obuchowska 2007). Oddziaływanie grup rówieśniczych, pomimo wielu pozytywnych rezultatów rozwojowych, nie może stanowić jedynego punktu odniesienia. Dlatego też dla prawidłowego rozwoju dorastającego ważna jest kontrola dorosłych, której towarzyszą akceptacja, współdziałanie, uznanie praw i przyznawanie rozumnej swobody (Ziemska 1973).

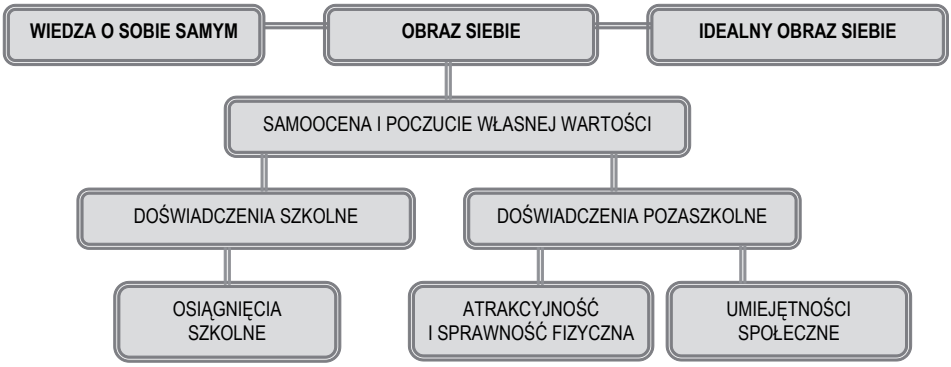
2.1.5. Samoświadomość i samoocena młodzieży

W okresie dorastania oprócz trwającego od dzieciństwa poznawania świata intensywnie rozwija się także poznanie samego siebie. Wiedza o sobie wraz z oceną samego siebie składają się na samoświadomość człowieka. Samowiedza i samoocena budowane są na podstawie spostrzegania siebie w różnych sytuacjach społecznych. Inaczej mówiąc, jest to „zorganizowany zespół cech, których jednostka nauczyła się na podstawie wcześniejszych i aktualnych doświadczeń uznawać za własne, pełniący funkcję integracyjną struktury osobowości i powtarzalność zespołów schematów zachowań" (Siek 1984, s. 276).

To, jaki obraz siebie tworzy człowiek i w jaki sposób ocenia własne umiejętności i możliwości, w znacznym stopniu determinuje jego zachowanie i stosunek do otaczającego świata. Pozytywna i adekwatna samoocena to konieczny warunek kształtowania się satysfakcjonujących relacji z otoczeniem, umożliwiający trafne rozpoznawanie i rozumienie stosunku innych do samego siebie. Natomiast jednostka, która postrzega siebie w negatywny sposób, przejawia skłonność do interpretowania każdej sytuacji na swoją niekorzyść.

Okres dorastania to czas, w którym jednostka intensywnie myśli o sobie, próbuje określić siebie na podstawie własnych refleksji i opinii znaczących osób z otoczenia. Nastolatek musi skupić się na sobie, aby zbudować dojrzały obraz siebie i dojrzałą tożsamość. Jakkolwiek nie jest to zadanie łatwe, młodzież z zaangażowaniem gromadzi, analizuje i koryguje informacje na swój temat. Samoocena ogólna składa się bowiem z samoocen dotyczących różnych obszarów funkcjonowania jednostki.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436



Ryc. 8. Czynniki warunkujące obraz siebie w okresie dorastania

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Brzezińska 1973; Furmańska 2001.

Budowanie realnego obrazu samego siebie oraz adekwatnej samooceny w okresie adolescencji wymaga odpowiedniej atmosfery. Jej podstawowym elementem jest poczucie akceptacji ze strony rodziców, nauczycieli, a przede wszystkim rówieśników. Niezaspokojenie potrzeby akceptacji powoduje, że nastolatek poszukuje oznak aprobaty dostępnymi sposobami, które nie zawsze służą jego rozwojowi. Przekonanie, że otoczenie społeczne aprobuje młodego człowieka i jego zachowanie, przekłada się na pozytywną samoocenę i stymuluje konstruktywne, sprzyjające rozwojowi działania.

W sytuacjach trudnych młodzież z wyższym poziomem samooceny ogólnej i samoocen szczegółowych częściej stosuje strategie zadaniowe – rozwiązuje stojące przed nią problemy i podejmuje wysiłki zmierzające do pokonania przeciwności. Z kolei młodzież o obniżonej samoocenie częściej ucieka się do strategii obronnych – wykorzystuje agresję lub unikanie jako sposoby zaradcze (Borecka-Biernat 2006a).

W okresie dorastania, kiedy zmiany fizjologiczne i psychiczne mają tak przełomowy charakter, pojawiają się potrzeby nowe lub takie, które zyskują w tym czasie szczególne znaczenie. Wśród potrzeb charakterystycznych dla adolescencji wymienia się potrzebę poznawczą, sensu życia, autonomii, kontaktu emocjonalnego i potrzebę seksualną (Obuchowska 1982). Stają się one istotnym czynnikiem motywującym działania młodzieży. Ich zaspokojenie lub deprywacja decyduje o rodzaju zdobytych doświadczeń i w znaczący sposób wpływa na samoocenę.

W adolescencji młody człowiek odczuwa silną potrzebę ograniczenia, a nawet całkowitego zlikwidowania kontroli dorosłych. **Potrzeba samodzielności, niezależności i autonomii** wynika z poczucia siły fizycznej, ze zwiększonych możliwości intelektualnych i z rozwoju samoświadomości. Młodzież usilnie dąży do samodzielnego decydowania o sobie, nazywania swoich problemów i indywidualnego ich rozwiązywania. Od możliwości indywidualnego decydowania o swoim życiu nastolatki uzależniają doświadczanie poczucia sensu życia.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Potrzeba sensu życia pojawia się w okresie dorastania jako potrzeba nowa i sprowadza się do zrozumienia i aprobaty własnej aktywności (Obuchowska 1982). Dorastający zastanawiają się nad sensem swojej egzystencji i sensem istnienia ludzkiego życia w ogóle oraz swoją rolą w życiu. Sens istnienia, który uznaje się za atrybut dojrzałości psychicznej, w sposób dojrzały kształtuje się dopiero w dorosłości. W okresie adolescencji poszukiwanie sensu życia ma związek z przyszłością oraz opiera się na wyobrażeniach i planach związanych z wyborem dalszego kształcenia, zawodu i życia osobistego. Aktywność nastolatka motywowana tą potrzebą stanowi ważne źródło doświadczeń z zakresu rozwoju osobowości.

Potrzeba kontaktu emocjonalnego, przynależności i akceptacji realizowana jest w tym okresie zarówno w rodzinie, jak i w grupie rówieśniczej. Relacje uczuciowe z rodzicami zmieniają się. Osiągnięcie przez dorastających pewnego poziomu niezależności uczuciowej od rodziców z jednej strony jest niezbędne dla rozwoju samodzielności i swobody nawiązywania kontaktów społecznych oraz poczucia własnej tożsamości (Obuchowska 1982). Z drugiej strony sprzyjającą atmosfera w rodzinie i akceptacja dorastającego wzmacnia poczucie przynależności do rodziny i dumę z bycia jej członkiem (Miłkowska 2006). Młody człowiek identyfikuje się także z grupą rówieśniczą, przejmuje jej opinie, pragnie z nią współdziałać. Rówieśnicy zapewniają mu poczucie bezpieczeństwa i rozładowanie napięć powstających podczas konfliktów z dorosłymi. Przynależność do grupy i pozytywne doświadczenia rodzinne wzmacniają poczucie własnej wartości i sprzyjają pozytywnej samoocenie.

Pod wpływem zmian neurohormonalnych kształtuje się w dorastaniu także nowa jakość **potrzeby seksualnej**. Zmiany te są źródłem pojawiającego się wówczas napięcia seksualnego, które wyzwala gotowość do reakcji seksualnych (Jaczewski, Radomski 1986). Sytuacje, w których ujawnia się potrzeba seksualna, często mają dla dorastających charakter sytuacji trudnych, gdyż sposób zaspokajania popędu musi być, w większym stopniu niż w przypadku innych potrzeb, dostosowany do norm społecznych, regulujących zachowanie jednostki. Sposób realizowania potrzeby seksualnej przez dorastających jest nie tylko spełnieniem ich dążeń wynikających z procesów biologicznych, lecz także próbą społecznego potwierdzenia spostrzeganej przez młodzież dojrzałości psychicznej.

Uznanie powyższych potrzeb za podstawowe i charakterystyczne dla okresu dorastania warunkuje prawidłowy rozwój nastolatka. Otwarcie na potrzeby dorastającego, pomoc w ich zaspokajaniu, zrozumienie jego problemów, obdarzanie zaufaniem i przyzwolenie na wzrastający stopień samodzielności przy jednoczesnej kontroli, która świadczy o zainteresowaniu, chroni młodego człowieka przed chaotycznym i nieskutecznym poszukiwaniem możliwości zaspokajania potrzeb.

Intensywność zmian fizjologicznych związanych z biologicznym dojrzewaniem oraz świadomość zadań, które stawia przed dorastającym społeczeństwo, sprawiają, że młody człowiek odczuwa konieczność samodzielnego określenia się w obliczu zbliżającej się dorosłości. Jest to czas ważnych wyborów. Sytuacja

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

przyjmuje postać kryzysu tożsamości (zob. rozdz. 4), kiedy nastolatek poszukuje osób znaczących, wartości i idei. Rozwój tożsamości jest procesem długotrwałym, a jego początki wiążemy ze zjawiskiem przywiązania i poczuciem odrębności w okresie niemowlęcym (Obuchowska 1996). W ustalaniu tożsamości ważną rolę odgrywa również płeć i tożsamość płciowa (zob. rozdz. 5), która kształtuje się we wczesnej fazie adolescencji, jest wynikiem zgody na własną płeć, polega na identyfikacji z własną płcią i przejęciu typowych dla niej ról społecznych.

2.2. Specyfika problemów dorastania w kontekście niesprawności intelektualnej

Wśród licznych publikacji poświęconych problematyce dorastania brakuje prac dotyczących adolescencji osób niepełnosprawnych intelektualnie. A przecież dzieci z ograniczoną sprawnością umysłową także przechodzą przez ten trudny w swym przebiegu okres i osiągają dorosłość.

Wszystkie wcześniejsze uwagi na temat dorastania dotyczą również osób niepełnosprawnych, w tym niepełnosprawnych intelektualnie. Ograniczona sprawność nie zmienia kierunku procesu dorastania, odmienne są jedynie obciążenia i sposoby konfrontacji z przemianami tego okresu. W przypadku osób upośledzonych umysłowo, podobnie jak u osób sprawnych intelektualnie, przebieg procesu dorastania jest w znacznym stopniu zróżnicowany indywidualnie i zależy od oddziaływań środowiska.

Ryc. 9. Charakterystyczne cechy okresu dojrzewania

Źródło: opracowanie własne.

Należy podkreślić, iż dorastający z niepełnosprawnością intelektualną doświadczają tych samych trudności, z którymi borykają się ich sprawni rówieśnicy, tyle tylko że radzą sobie z nimi dużo gorzej. Mimo że dostrzegają zmiany, nie potrafią ich zinterpretować. Rodzice (opiekunowie), ponieważ traktują dojrze-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

wanie osób upośledzonych umysłowo jako temat tabu, nie dają im właściwego wsparcia. Niepełnosprawni intelektualnie adolescenci pozostają sami z problemami, które wywierają znaczący wpływ na ich życie.

Podobnie jak w przypadku nastolatków z normą intelektualną zachowanie dorastającego z niepełnosprawnością umysłową jest uzależnione nie tylko od przyczyn zewnętrznych, lecz także od poziomu hormonów. Charakterystyczna dla tego okresu gospodarka neurohormonalna może powodować agresję i autoagresję. Pojawiają się problemy ze spaniem i z jedzeniem, obserwujemy zaburzenia koncentracji uwagi, a także trudności z widzeniem i słyszeniem. Dorastający z upośledzeniem umysłowym, podobnie jak ich sprawni intelektualnie rówieśnicy, nierzadko muszą zrobić coś więcej, żeby czuć to samo co kiedyś, i dlatego poszukują nowych wrażeń i doznań.

Gdy tego typu problemy dotykają niepełnosprawnych intelektualnie nastolatków, często traktuje się je jako rezultat ograniczonej sprawności umysłowej. Rodzice są zaniepokojeni, ponieważ zmiany w zachowaniu interpretują w kategoriach regresu rozwojowego. Starają się więc im przeciwdziałać poprzez wzmożoną kontrolę, okazywanie niezadowolenia czy nawet kary. Tymczasem niepełnosprawne intelektualnie dziecko, które nie rozumie zmian zachodzących w jego organizmie, musi poradzić sobie także ze zmianą stosunku rodziców i opiekunów do siebie. Kary i krzyki potęgują jedynie złość i niepokój.

W przypadku dorastających z normą intelektualną wszelkiego rodzaju zachowania budzące niepokój skłaniają otoczenie do poszukiwania przyczyn, ze szczególnym uwzględnieniem problemów emocjonalnych. Natomiast w przypadku młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie taka tendencja nie jest powszechna, gdyż zachowania te są niejako zgodne z oczekiwaniami i tłumaczy się je upośledzeniem (Kościelska 1987). Taka sytuacja stanowi dodatkowe obciążenie dla dorastających z niepełnosprawnością umysłową, gdyż wobec przeżywanych trudności są pozostawieni sami sobie.

Aby to zmienić, rodzice i wychowawcy powinni dostrzec, zrozumieć i zaakceptować fakt, że osoba niesprawna intelektualnie też staje się dorosła. Samo stwierdzenie tego faktu nie wystarcza. Trzeba jeszcze przygotować jednostkę upośledzoną umysłowo do dorosłego życia, aby nie była postrzegana przez pryzmat „wiecznego dziecka".

Rodzicom trudno jest zauważyć, że dziecko stało się dorosłe. W przypadku dziecka z ograniczonymi możliwościami intelektualnymi jest to jeszcze trudniejsze. Przecież, mimo wieku, jest ono nadal takie bezbronne, zagubione, nieporadne, nadal trzeba nim kierować, chronić je przed niepowodzeniami. Tymczasem dla osoby niesprawnej intelektualnie, zwłaszcza w okresie dorastania, najlepszą ochroną przed „złym światem" jest pomoc w realizacji nowych zadań, jakie stawia przed nią życie. Tak samo jak można nauczyć dziecko niepełnosprawne umysłowo jedzenia i mycia, można nauczyć je określonych zasad zachowania w obliczu pojawiających się zmian.

Przede wszystkim należy sobie, innym i samemu dorastającemu pokazać, że nie jest już dzieckiem. Aby to osiągnąć, warto, chociaż dla wielu rodziców

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

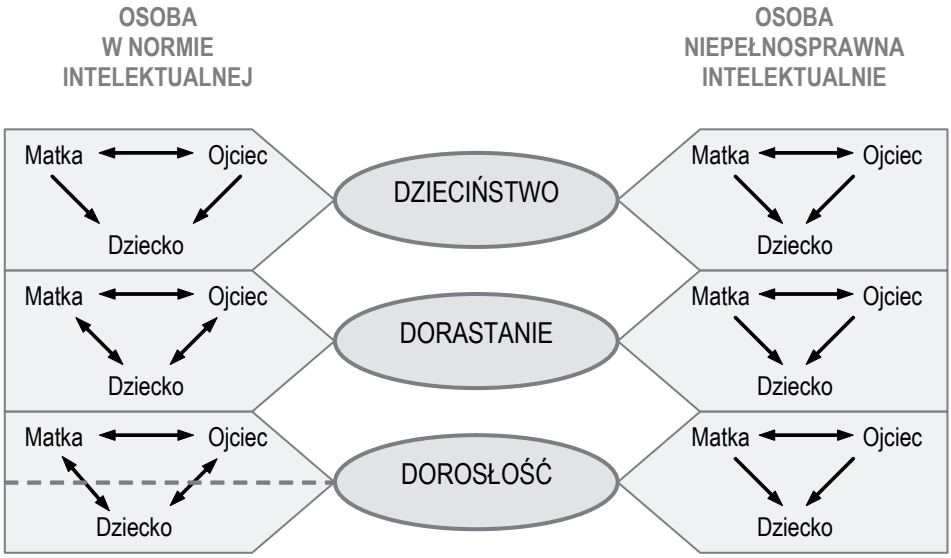
(szczególnie matek) nie jest to proste, zrezygnować z wszelkiego rodzaju atrybutów dzieciństwa:

- kokard, kolorowych dziecięcych emblematów na odzieży, dziecinnych sukienek i marynarskich ubranek na rzecz bardziej poważnych – dostosujmy strój do wieku życia, a nie wieku rozwojowego dziecka,
- wyręczania we wszystkich najprostszych czynnościach, takich jak karmienie, ubieranie czy czynności higieniczne – pozwólmy na samodzielność i samostanowienie w tych podstawowych sprawach,
- aktywności, która jest jedynie dziecinną zabawą – pozwólmy dziecku zagrać w piłkę, pojeździć na rowerze, pomimo że zabawa, na przykład w „chodzi lisek koło drogi", wydaje się nam bardziej bezpieczna,
- infantylnego języka, zdrobnień, których nie powinniśmy stosować nawet wobec małych dzieci,
- wspierania zachowań, które same w sobie są śmieszne, miłe, pocieszne, ale jednak infantylne – osoba niesprawna intelektualnie będzie w stanie z nich zrezygnować, jeżeli naszą przychylność i akceptację będą wzbudzały poważniejsze zachowania,
- przekonania, że najlepiej nie poruszać trudnych tematów, bo może to być zbyt skomplikowane, czasami groźne w skutkach, bo nie wiadomo, jak dziecko to przyjmie, bo należy mu oszczędzić cierpienia,
- traktowania marzeń i planów dorastającego dziecka w kategorii infantylnych mrzonek i dziecięcych fantazji – podchodźmy do nich z powagą, aby pomóc dziecku w określeniu adekwatnej do swoich możliwości rozwojowych drogi życiowej.

W czasie codziennej opieki nad niepełnosprawnym intelektualnie dzieckiem rodzicom nie jest łatwo dostrzec, że zmiany nadchodzą i konieczne jest, by za nimi podążać. Zgoda rodzica na dorastanie powinna zapadać dużo wcześniej, a dziecko zawsze powinno być traktowane adekwatnie do swojego wieku.

Jedną z podstawowych potrzeb okresu dorastania jest potrzeba samodzielności, niezależności i autonomii. Aby dorastający stał się dorosłym, musi wzrosnąć jego samoświadomość, musi wiedzieć, czego chce i na czym powinna polegać jego męskość bądź kobiecość. Potrzebuje akceptacji, chce się wyróżniać, chce być dostrzeżony. Na tym polu dorastającym z niepełnosprawnością intelektualną jest szczególnie trudno. W praktyce bowiem rodzice i wychowawcy chcą zaprogramować nie tylko życie, lecz także każdą chwilę osoby niepełnosprawnej intelektualnie. W ten sposób podporządkowują ją sobie i swoim ideom. Nastawieni na usprawnianie i rehabilitację, ograniczają swobodę dorastającego w wyborze aktywności, zainteresowań czy kontaktów z innymi, ponieważ obawiają się, że upośledzony umysłowo nastolatek źle wybierze i zmarnuje cenny czas. Obawy opiekunów wpływają na zwiększanie kontroli i nie pozwalają na jakąkolwiek zmianę w relacji rodzic–dziecko.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436



Ryc. 10. Wpływ upośledzenia umysłowego na zmianę relacji rodzic–dziecko

Źródło: opracowanie własne.

W powszechnym odczuciu zadaniem osoby niepełnosprawnej intelektualnie, niejako jej powinnością, jest posłuszeństwo niezależnie od wieku. Podporządkowanie, tak nagradzane i wspierane przez otoczenie, stanowi zagrożenie dla dorastających z upośledzeniem umysłowym na drodze do dorosłości. Budzi to w dorastającej jednostce albo chęć buntu i uwolnienia się od ograniczeń, albo apatię i bierność.

Postrzeganie siebie w relacji dziecko–dorosły przez dorastających z ograniczoną sprawnością intelektualną wpisuje się w kryzys tożsamości, który jest doświadczany również w kontekście upośledzenia umysłowego. W przypadku dorastających niepełnosprawnych umysłowo pytanie o własną tożsamość nierzadko wiąże się z odkrywaniem własnego upośledzenia. Osoby upośledzone spostrzegają, że są inne, i nie zawsze to akceptują. Typowe zmiany okresu dorastania – nieharmonijna budowa, pojawienie się trądziku, mała koordynacja ruchów – wzmacniają symptomy upośledzenia, ponieważ nakładają się na już istniejące ograniczenia. Przemiany biologiczne, podobnie jak u prawidłowo rozwijających się nastolatków, wywierają istotny wpływ na stan psychiczny osób upośledzonych umysłowo. Pojawiają się kompleksy i poczucie niższości wynikające z doświadczanej odmienności i niskiego poczucia własnej wartości.

Pomimo że dorastający z niepełnosprawnością intelektualną są zaniepokojeni i przestraszeni zachodzącymi zmianami, rzadko werbalizują swoje obawy. Niekiedy dlatego, że nie uświadamiają sobie, co ich niepokoi, a czasem dlatego, że nie potrafią ująć swojego niepokoju słowami. To wszystko wzmacnia charak-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

terystyczne dla wieku dorastania rozchwianie emocjonalne. Złość i frustracja pojawiają się w tym okresie ze zdwojoną siłą. Otoczenie patrzy na wybuchy złości u spokojnego do tej pory dziecka jak na objaw choroby i zrzuca je na karb upośledzenia. Sprawia to zaś, że dorastający nastolatek niepełnosprawny umysłowo zostaje pozbawiony wsparcia i musi sam sobie radzić z procesami, których nie potrafi zrozumieć.

2.3. Potrzeby społeczne i emocjonalne dorastających z ograniczoną sprawnością intelektualną

Charakterystyczną cechą okresu dorastania jest niezwykła intensywność życia emocjonalnego i przeżyć uczuciowych. Przeżycia osiągają stan wysokiego napięcia: smutek bywa przeżywany głęboko i często ma charakter tragedii, a radość prowadzi na szczyty uniesienia (Łapińska, Żebrowska 1986). Różnicowanie się stanów emocjonalnych w okresie dorastania następuje pod wpływem doświadczeń społecznych. Dzięki odpowiednim działaniom wychowawczym u młodzieży dorastającej rozwija się dojrzałość emocjonalna, czyli zdolność modulowania reakcji stosownie do okoliczności. Wzrasta również tolerancja na zwłokę, która polega na powstrzymywaniu się przed natychmiastowym zaspokajaniem własnych potrzeb. Kontakty społeczne, wpływy środowiskowe i wychowawcze stanowią fundament kształtowania się w dorastaniu uczuć wyższych, a więc społecznych, moralnych, etycznych i estetycznych. Według Paula Ekmana i Richarda J. Davidsona (2002) emocje modulują zachowanie człowieka i służą określeniu jego relacji ze światem. Stanowią skuteczny sposób przystosowania się człowieka do zmiennych wymogów środowiska.

Dorastający z niepełnosprawnością intelektualną są bardziej podatni na zaburzenia tej sfery rozwoju niż ich pełnosprawni rówieśnicy. W zachowaniu osób upośledzonych możemy obserwować dużo zróżnicowanych reakcji: od bierności, zahamowań, niepewności czy lękliwości do braku dystansu, lepkości emocjonalnej (uczuciowej), agresji. Sytuację komplikuje fakt, że dość często niepełnosprawnych intelektualnie cechuje sztywność zachowań, poglądów i uczuć, przy jednoczesnej podatności na sugestie. Możemy mówić też o ograniczonej zdolności opanowywania popędów, niskiej samokontroli i niewielkim panowaniu nad sobą (Kościelak 1989).

Do przejawów zaburzeń emocjonalnych u niepełnosprawnych intelektualnie nastolatków możemy zaliczyć także stany podwyższonego lub obniżonego nastroju, nieumotywowane wahania nastrojów, pobudzenie ruchowe czy nieadekwatne do bodźca reakcje obronne. Wśród reakcji obronnych szczególne miejsce zajmuje agresja. Nosi ona w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie znamiona reakcji defensywnych czy odwetowych, wynika głównie z chęci obrony i w mniejszym stopniu ma charakter samodzielnie inicjowanych ataków (zob. rozdz. 6). Młodzież upośledzona umysłowo szybciej niż rówieśnicy w normie poddaje się zniechęceniu połączonemu z płaczliwością (Kościelak 1989).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

W codziennym życiu dorastających z niepełnosprawnością intelektualną jest bardzo wiele sytuacji trudnych, niezrozumiałych, przekraczających ich możliwości. W takich okolicznościach uruchamiają się naturalne mechanizmy obronne, ukierunkowane zarówno na ochronę, jak i na ograniczenie nadmiernej wrażliwości:

- **projekcja** – obarczanie innych winą za własne trudności i niepowodzenia,
- **represja** (wyparcie) – odmowa przyjęcia do wiadomości nieprzyjemnego faktu,
- **regresja** – powrót do wcześniejszego etapu rozwoju, na przykład zaprzestanie samodzielności,
- **przeniesienie** – rozładowanie negatywnych emocji, zazwyczaj gniewu i złości, na osobach, które są uważane za niezagrażające,
- **supresja** – mniejsze niż do tej pory zaangażowanie w codzienną aktywność, hamowanie rzeczywistych emocji przez wycofanie się i bierność,
- **odreagowanie** – zmniejszanie niepokoju i negatywnych emocji poprzez zachowania agresywne i autoagresywne,
- **introjekcja** – przyjmowanie za własne wartości, zasad i reguł uznawanych przez innych,
- **fantazjowanie** – zastąpienie frustracji wymyślonymi osiągnięciami, które nie mają związku z rzeczywistością (por. Hall, Lindzey 1998).

Zaburzenia emocjonalne nastolatków z niepełnosprawnością intelektualną są wynikiem niewłaściwych relacji społecznych. Sprzyjające warunki środowiskowe i właściwie prowadzona praca terapeutyczna mogą wpływać na rozwój uczuć osób z ograniczoną sprawnością umysłową. Trzeba przy tym pamiętać, że uczucia nie biorą się same z siebie, ale powstają, różnicują się i utrwalają w procesie czynnego ustosunkowywania się do otaczającej rzeczywistości (Otrębski 2001). Natomiast „osoby z upośledzeniem umysłowym, które nie są w stanie sprostać społecznym wymaganiom, rozwijają w sobie samoświadomość tkwiącego w nich zła i odczuwają skutki odrzucenia. Ich udziałem jest lęk, smutek i rozpacz, poczucie winy i małej wartości ze wszystkimi tego konsekwencjami psychopatologicznymi, a przede wszystkim z niedającym się przecenić znaczeniem dla zablokowania aktywności poznawczej i możliwości rozwoju umysłowego" (Kościelska 1993, s. 343).

Dorastający z niepełnosprawnością intelektualną są bardzo uwrażliwieni na siebie, dlatego boleśnie odczuwają dezaprobatę i odrzucenie przez innych. Nawet błahe przejawy takich zachowań ze strony otoczenia są przez nich odbierane, co wywołuje poczucie osamotnienia. Dalszą konsekwencją mogą być zachowania nieakceptowane społecznie bądź izolowanie się od życia społecznego, co w przypadku osób niesprawnych intelektualnie stanowi jeden z najważniejszych czynników upośledzenia.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Ramka 4. Odbiór społeczny niepełnosprawnych intelektualnie

Wyniki badań

Aniela Korzon (2004) zapytała 80 osób w wieku 20–50 lat (większość z wykształceniem wyższym i średnim) o ich stosunek do osób z ograniczoną sprawnością umysłową. Większość badanych nie zdołała określić, na czym polegają różnice pomiędzy osobami pełnosprawnymi a upośledzonymi umysłowo, i nie potrafiła powiedzieć, czy niepełnosprawni intelektualnie powinni być traktowani na równi z pełnosprawnymi. Zdecydowana większość stwierdziła ponadto, że najlepszą formą kształcenia osób upośledzonych jest szkoła specjalna, ale tylko w zakresie podstawowym, ponieważ nie da się ich kształcić w szkole zawodowej. Ponad 50% badanych uważa, że niepełnosprawni intelektualnie nie powinni zawierać małżeństw, a także nie powinni mieć dzieci, gdyż są złymi rodzicami. Wśród cech pozytywnych przypisywanych osobom upośledzonym umysłowo najczęściej wymieniano wrażliwość, pracowitość i powagę, a wśród cech negatywnych drażliwość, agresywność, słabość i wybuchowość. Szczególnie zastanawiający jest duży procent osób, które na większość pytań odpowiadały „nie wiem". Może to świadczyć o obojętności wobec osób zmagających się z problemem upośledzenia.

Jednostka niepełnosprawna intelektualnie w bardzo wielu codziennych sytuacjach doznaje przykrości, a także odczuwa stres spowodowany bolesnymi doświadczeniami w kontaktach z osobami pełnosprawnymi. Potrafi zrozumieć i odczuć swoją inność, która polega na zahamowaniu lub zmniejszeniu się możliwości realizowania własnych potrzeb w wielu dziedzinach życia. Zdrowi rówieśnicy akceptują niepełnosprawnych intelektualnie jedynie w pewnym stopniu, unikają kontaktów z nimi, a niekiedy stanowczo odtrącają (Janiszewska-Nieścioruk 2000). Negatywne przeżycia związane z brakiem społecznej akceptacji wywołują poczucie zagrożenia. Świadomość „napiętnowania", występująca łącznie z silną potrzebą akceptacji, wywołuje u nastolatków upośledzonych umysłowo ogromny lęk przed odrzuceniem.

W okresie dorastania zachodzi wiele zmian we wszystkich sferach życia młodzieży, począwszy od przemian fizjologicznych, poprzez zmiany w sferze emocjonalnej i poznawczej, aż po zmiany w funkcjonowaniu społecznym. W związku z tym zmienia się także zakres przejawianych przez dorastających potrzeb: wzrasta potrzeba poznawania świata, potrzeba autonomii i kontaktów społecznych. Tymczasem funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej intelektualnie jest naznaczone zależnością, bezradnością i słabością. Upośledzonym często nie daje się szansy na niezależność i odmawia możliwości określenia własnego „ja" (Kościelska 1991).

Autonomia nie jest wartością nadaną. Aby stać się jednostką autonomiczną, trzeba rozwijać się w środowisku, które wspiera, a nie blokuje jej przejawy (zob. rozdz. 4). Osoby niepełnosprawne intelektualnie, zwłaszcza w stopniu umiarkowanym i znacznym, często występują w trzech różnych rolach. W każdej z nich oczekuje się od nich odmiennych zachowań. W placówkach, w których przebywają (takich jak Warsztaty Terapii Zajęciowej), są traktowane jako osoby autonomiczne i niezależne, wymaga się od nich samodzielności. W środowisku rodzinnym ogranicza się ich samodzielność i przypisuje im rolę „wiecznego dziecka". Z kolei w środowisku społecznym traktuje się je jako upośledzone (Lausch-Żuk,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Nowak-Lipińska 1999). Ten brak konsekwencji wprowadza zamęt i uniemożliwia niepełnosprawnym intelektualnie wypracowanie spójnej koncepcji siebie.

O dojrzewaniu do dorosłości możemy mówić wtedy, gdy młody człowiek dostrzega swoją podmiotowość, zaczyna rozumieć, że czegoś chce, do czegoś dąży, że do niego należy wybór i decyzja. Czy jest to możliwe w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie? Świadoma siebie jednostka, również ta z niepełnosprawnością intelektualną, wyposażona w określony zasób wiedzy o świecie, o człowieku i jego sprawach, zaczyna szukać dla siebie miejsca w świecie. Im lepiej otaczający ją ludzie dostrzegają jej plany i są bardziej wyrozumiali dla jej sposobu patrzenia na życie, tym łatwiej kształtuje się jej poczucie niezależności, samoświadomość i poczucie tożsamości.

2.4. Samoocena dorastających z niepełnosprawnością intelektualną

Każdy z nas w trakcie swojego rozwoju wykształca indywidualny, niepowtarzalny zbiór właściwości regulujących jego zachowanie, wyznaczających tożsamość, kierunek i sposoby przystosowania się do otoczenia. Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są wyłączone z tego ogólnego prawa rozwoju. Warto jednak pamiętać, że określenia typu „niepełnosprawny" czy „upośledzony" mogą zakłócić ten rozwój, odbierają bowiem prawdziwą tożsamość. Nie informują nas one ani o wieku, płci i charakterze osób, którym są przypisywane, ani o rolach społecznych, które pełnią, ani tym bardziej o tym, co lubią, czego oczekują. Generują natomiast kształtowanie się postaw (zwłaszcza tych niewłaściwych), obniżają jakość kontaktów interpersonalnych, ograniczają dostępne formy aktywności. Osłabia to potencjał rozwojowy osób upośledzonych umysłowo i powoduje zarówno drobne nieprawidłowości, jak i poważne deficyty na poziomie mechanizmów emocjonalno-motywacyjnych (na przykład lęk, oczekiwanie niepowodzenia, agresywność) i poziomie wyższych struktur poznawczych osobowości (obraz samego siebie, obraz świata) (Janiszewska-Nieścioruk 2002).

> *Niepełnosprawność powinna podążać krok za osobą, a nie ją wyprzedzać.*
>
> (Przebinda, Smakosz 2002, s. 46)

Jak już powiedziano, kształtowanie się obrazu siebie zajmuje szczególne miejsce w okresie dorastania. Osoby niepełnosprawne intelektualnie, podobnie jak pełnosprawni, poznając otaczającą rzeczywistość, tworzą jej określony obraz, a także zdobywają pewien zasób doświadczeń związanych z własną osobą. Zgromadzone w ciągu całego życia informacje są w okresie adolescencji organizowane i porządkowane, co prowadzi do wytworzenia się indywidualnego systemu poglądów na temat ich samych. Podstawą wiedzy są opinie osób znaczących oraz kontakty interpersonalne z rówieśnikami. Stanowią one punkt odniesienia w procesie poznawania otoczenia i samego siebie. Dzięki nim możliwe jest doko-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

nywanie porównań społecznych. Sądy na temat swojej osoby będą więc zależeć od środowiska, od stosunku rodziców do dziecka z niepełnosprawnością, od jego doświadczeń społecznych, a także od wielu innych okoliczności (Janiszewska-Nieścioruk 2000; Pilecka 2005).

W przypadku dorastających z niepełnosprawnością intelektualną kształtowanie się poglądów na temat samego siebie jest procesem złożonym. Nastolatek z ograniczoną sprawnością umysłową potrzebuje więcej czasu, aby wyróżnić siebie z otaczającego świata. Procesowi temu towarzyszą większe trudności w określaniu stałych różnic, a obrazy siebie i świata mają bardziej ograniczony zakres, są mniej wyraźne i ulegają wypaczeniu w zależności od charakteru i stopnia upośledzenia. Utrudnione jest gromadzenie spostrzeżeń i wyobrażeń na swój temat, co nie pozostaje bez wpływu na proces oceniania i wartościowania siebie. Struktura pojęcia o sobie samym osób niepełnosprawnych intelektualnie rozwija się wolniej, pozostaje mniej zróżnicowana i słabiej zintegrowana niż u ich pełnosprawnych rówieśników (Janiszewska-Nieścioruk 2000).

Ramka 5. Samoocena i samoakceptacja niepełnosprawnych intelektualnie adolescentów

Wyniki badań

Mirosława Żmudzka (2003) badała dorastających z upośledzeniem lekkim i umiarkowanym w szkołach specjalnych i integracyjnych:

- uczniowie szkół specjalnych kształtują bardzo pozytywny, zawyżony, stabilny i nieadekwatny obraz samego siebie, co może być wynikiem tak zwanych porównań społecznych w dół (zawsze w swojej grupie mogą znaleźć kogoś, kogo ocenią niżej),
- uczniowie klas integracyjnych tworzą częściej samooceny negatywne, ale w dużo większym stopniu realistyczne i adekwatne, gdyż w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami wypadają gorzej.

Teresa Żółkowska (2003) zajmowała się osobami upośledzonymi umysłowo w stopniu umiarkowanym w wieku 18–50 lat:

- w większości przypadków osoby badane cechuje wysoka, nieadekwatna akceptacja samych siebie oraz wysoka rozbieżność pomiędzy „ja realnym" a „ja idealnym",
- w obrębie wymiarów samoakceptacji najbardziej znaczące są cechy związane z wyglądem zewnętrznym i zdrowiem, następnie sposobem reagowania społeczno-emocjonalnego, dalej z zachowaniami społecznymi oraz właściwościami intelektualnymi,
- osoby badane spostrzegają innych jako podobnych do siebie, w związku z tym mają wysoki poziom oczekiwań, chcą wierzyć, że są takie same jak ludzie pełnosprawni.

Szczególny wpływ na stosunek do samego siebie i otoczenia wywiera środowisko, w którym funkcjonuje jednostka upośledzona. Stereotypy czy etykiety służące do opisu osób niepełnosprawnych intelektualnie mogą wyznaczać dominującą cechę w obrazie własnej osoby i w wielu przypadkach przyczynić się do obrazu nieadekwatnego (Żmudzka 2003). Formowanie się obrazu siebie wśród dorastających z upośledzeniem intelektualnym może przebiegać dwojako. Z jednej strony nie są oni w stanie podołać wszystkim zadaniom, jakie stawia przed nimi życie, doznają wielu porażek, co w konsekwencji prowadzi do utraty wiary we własne siły, a tym samym do negatywnej samooceny. Z drugiej strony osłabiony krytycyzm i duża podatność na sugestię stwarzają niebezpieczeństwo

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

występowania zjawiska wręcz odwrotnego, mianowicie kształtowania się nieadekwatnej, zawyżonej samooceny. Nawet niewielki, przypadkowy sukces może być przyczyną nieuzasadnionego wzrostu poziomu aspiracji i samooceny (Mikrut 1998).

Analiza literatury przedmiotu (por. Janiszewska-Nieścioruk 2002; Żmudzka 2003; Żółkowska 2003) wskazuje, że właśnie ten drugi mechanizm ma ogromny wpływ na kształt samooceny wśród osób z upośledzeniem umysłowym. Niesprawnych intelektualnie (w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami) wyróżnia nadzwyczaj stabilna, niepodatna na zmiany samoocena. Jeśli jest ona nieadekwatna (niezgodna z rzeczywistymi możliwościami i właściwościami), w zdecydowanej większości przypadków zawyżona, to jednostka uparcie stawia sobie cele, których nie potrafi zrealizować. Mimo przeważającej liczby porażek osoby te w dalszym ciągu bardzo pozytywnie oceniają siebie, swoje możliwości i sposoby zachowania.

Nieadekwatna, zawyżona samoocena może pociągać za sobą poważne konsekwencje. W miarę upływu czasu, gdy dorastający staje się członkiem kolejnych grup, nieprawidłowo ukształtowana samoocena utrudnia mu właściwe funkcjonowanie we wszystkich wymiarach życia społecznego. Osoba taka nie rozumie bowiem oczekiwań i wymagań stawianych przez otoczenie. Niewłaściwy wizerunek własnej osoby może prowadzić do błędnej oceny rzeczywistości. W następstwie tego jednostka doznaje wielu rozczarowań, niepowodzeń, rozterek i przykrości. Wysoka samoakceptacja stanowi także wewnętrzną przeszkodę w tworzeniu i doskonaleniu mechanizmów rozwoju psychicznego, dlatego może zagrażać rozwojowi zdolności i umiejętności.

Umiejętność właściwej oceny siebie jest niezwykle ważna dla wszystkich osób, także dla niesprawnych intelektualnie. Odpowiednie spojrzenie na siebie to nie tylko obraz pozytywny, lecz także adekwatny, który odzwierciedla autentyczne zalety jednostki. Odpowiednia samoocena warunkuje prawidłowe funkcjonowanie i zapewnia wewnętrzny spokój. W przypadku upośledzonych umysłowo jest także wyznacznikiem powodzenia procesu rewalidacji i społecznej integracji. Dlatego też wskazana jest pomoc dorastającym z niepełnosprawnością intelektualną w kształtowaniu zgodnej z rzeczywistością samooceny. Podejmując działania w tym zakresie, należy:

- wspierać budowanie realistycznego obrazu siebie od najwcześniejszych lat życia dziecka niepełnosprawnego intelektualnie, dopóki schematy myślowe związane z oceną siebie są jeszcze plastyczne i podatne na zmiany;
- stwarzać życzliwą i serdeczną atmosferę wychowawczą poprzez:
  - dostrzeganie i docenianie nawet drobnych, ale rzeczywistych sukcesów dzieci;
  - zachęcanie do samodzielnego podejmowania decyzji i wykonywania zadań;
- wzbogacać doświadczenia poprzez aktywne uczestnictwo w różnorodnych sytuacjach społecznych, co umożliwia spojrzenie na własną osobę poprzez pryzmat zarówno zalet, jak i wad, zwycięstw i porażek;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- aranżować grono rówieśników w taki sposób, aby znajdowały się w nim osoby o zróżnicowanych zdolnościach i możliwościach w różnych dziedzinach;
- adekwatnie oceniać możliwości rozwojowe jednostki z ograniczoną sprawnością intelektualną, brać pod uwagę faktyczne predyspozycje i na ich miarę stwarzać możliwości osiągania sukcesów;
- zapobiegać obniżaniu się aspiracji jednostki, przygotowując ją do wykonywania zadań coraz trudniejszych, co zwiększa skuteczność działania i niweluje dystans między rzeczywistymi a przypisywanymi sobie możliwościami (Janiszewska-Nieścioruk 2000).

Jeżeli zaakceptujemy człowieka z niepełnosprawnością intelektualną takim, jakim jest, i uświadomimy sobie, że podlega on takim samym prawom rozwojowym jak każdy z nas, damy mu szansę pełnego włączenia się w twórcze i społecznie potrzebne czynności, które umożliwiają adekwatne poznawanie i przekształcanie siebie.

PAMIĘTAJMY

- ✓ Okres dojrzewania zajmuje szczególne miejsce w życiu człowieka i w całym procesie jego rozwoju; to czas przemian anatomicznych, fizycznych i psychicznych.
- ✓ Adolescencja to trudny czas, kiedy dorastający potrzebują naszego zrozumienia i bliskości, nawet jeśli się buntują.
- ✓ Każdy dorastający, także niepełnosprawny intelektualnie, potrzebuje:
  - pomocy w rozumieniu procesu dorastania,
  - wsparcia w trakcie fizycznej i psychicznej przemiany w dorosłego człowieka,
  - jasnych reguł postępowania – kiedy wszystko się zmienia, kiedy następuje przewartościowanie wyznawanych wartości i poszukiwanie własnej drogi, szczególnego znaczenia nabierają porządek i stabilizacja,
  - akceptacji nie tylko ze strony dorosłych, lecz także rówieśników,
  - takiej swobody działania i podejmowania decyzji, jaka jest mu potrzebna, żeby się określić,
  - otwartej postawy wobec swoich wyborów – to wiek, w którym uczymy się ponosić odpowiedzialność za swoje czyny.
- ✓ Dojrzewanie to czas dylematów, problemów, a czasami tragedii – są one jednak niezbędne dla uzyskania dojrzałości.
- ✓ Dzieci zawsze dorastają, nawet jeśli są niepełnosprawne intelektualnie.
- ✓ Dorastający z niepełnosprawnością intelektualną doświadczają tych samych przemian co ich zdrowi rówieśnicy – upośledzenie umysłowe nie zwalnia z dojrzewania, sprawia jedynie, że może być ono bardziej skomplikowane.
- ✓ Niepełnosprawność intelektualna nie wpływa na kierunek procesu dorastania, zmienia jedynie obciążenia i sposoby konfrontacji z przemianami.
- ✓ Dorastanie to okres w życiu dziecka niepełnosprawnego intelektualnie, w którym wszelkie dotychczasowe nieprawidłowości rozwoju widać zdecydowanie wyraźniej.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- ✓ Ponieważ dojrzewanie do dorosłości wiąże się z poczuciem autonomii, należy wspierać proces samodzielnego podejmowania decyzji u młodzieży niepełnosprawnej umysłowo.
- ✓ Aby przygotować dorastającego z ograniczoną sprawnością umysłową do samodzielnego, oczywiście na miarę jego możliwości, życia, należy umożliwić mu pełne, spontaniczne i zorganizowane uczestnictwo w społeczeństwie.

ZALECANA LITERATURA

Minczakiewicz E.M. (2003). *Dziecko niepełnosprawne. Rozwój i wychowanie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Obuchowska I. (1996). *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Przebinda E.A., Smakosz K. (2002). Być kobietą, być mężczyzną – dorastanie dzieci głębiej upośledzonych umysłowo. W: M. Piszczek (red.), *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym* (s. 42–48). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Rozdział 3

Przestrzeń życiowa młodzieży z ograniczoną sprawnością intelektualną

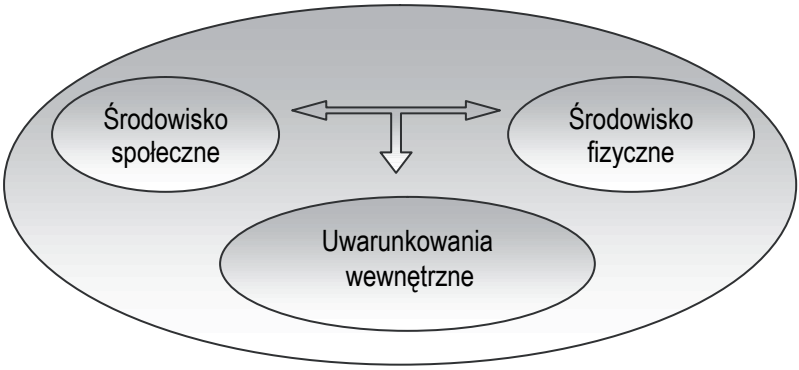
Od początku istnienia psychologii jako dyscypliny naukowej trwał spór o czynniki, które mają decydujący wpływ na rozwój i zachowanie jednostki. Współcześnie uważa się, że ani uwarunkowania biologiczne, ani środowisko nie decydują w sposób jednoznaczny o charakterze człowieka. Zakładamy, że w naszym życiu ważną rolę odgrywają zarówno czynniki wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Ponieważ nikt z nas nie żyje w izolacji od świata, nie sposób zrozumieć i poznać człowieka, jeśli nie bierze się pod uwagę środowiska, w którym żyje.

Relacje jednostki ze światem mogą przybierać różne formy. Zbigniew Zaborowski (1996, s. 225) zwraca uwagę na istnienie trzech typów zależności między człowiekiem a jego otoczeniem:

- **uległość** – podporządkowanie się światu, pogodzenie się z faktem, że świat jest silniejszy,
- **równoważenie się** – jednostka nie tylko przystosowuje się do świata, lecz także w ograniczonym zakresie wywiera wpływ na swoje otoczenie,
- **przewaga** – jednostka, realizując własne zamierzenia w określonej dziedzinie, uzyskuje przewagę. Może przezwyciężać warunki biologiczne i społeczne poprzez twórczą aktywność, kształtując świat i wpływając na innych. Według Marii Tyszkowej (1988) proces ten decyduje o rozwoju człowieka. Jest on oparty na aktywności własnej jednostki. Aktywność jest czynnikiem inicjującym zmiany w środowisku jednostki, gdyż dostarcza doświadczeń będących materiałem rozwoju.

Oprócz określeń „otoczenie" i „środowisko" posługujemy się także pojęciem „przestrzeń życiowa". Według współczesnego słownika języka polskiego (Dunaj 2007) przestrzeń życiowa to „warunki, w których człowiek (…) może żyć, prawidłowo funkcjonować, rozwijać się". W literaturze psychologicznej pojęcie przestrzeni życiowej należy do terminów wchodzących w skład teorii pola Kurta Lewina (Hall, Lindzey 1998). Dla Lewina przestrzeń życiowa to dynamiczna interakcja wszystkich faktów psychologicznych wpływających na jednostkę. Fakty te to środowisko psychologiczne (reprezentacje osób, rzeczy, zjawisk) oraz sama jednostka. Przestrzeń życiowa jednostki to pole sił na nią oddziałujących, to systemy potrzeb, cech, motywów i percepcji, to mapa poznawcza pozwalająca zrozumieć konkretne zachowania jednostki. Subiektywna interpretacja tego pola sił ma zasadniczy wpływ na zachowanie i rozwój jednostki.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436



Ryc. 11. Przestrzeń życiowa człowieka

Źródło: opracowanie własne.

Z pojęciem przestrzeni życiowej w literaturze psychologicznej możemy się spotkać nie tylko w pracach, które omawiają teorię Lewina. Warto jednak zwrócić uwagę, że na ogół autorzy modyfikują to pojęcie (por. Kępiński 1985; Mostowin 1989; John-Borys 1997). Omawiając zagadnienie przestrzeni życiowej, z jednej strony akcentują znaczenie czynników psychicznych (ujęcie Lewina), z drugiej natomiast rozszerzają jego zakres na środowisko społeczne i materialne.

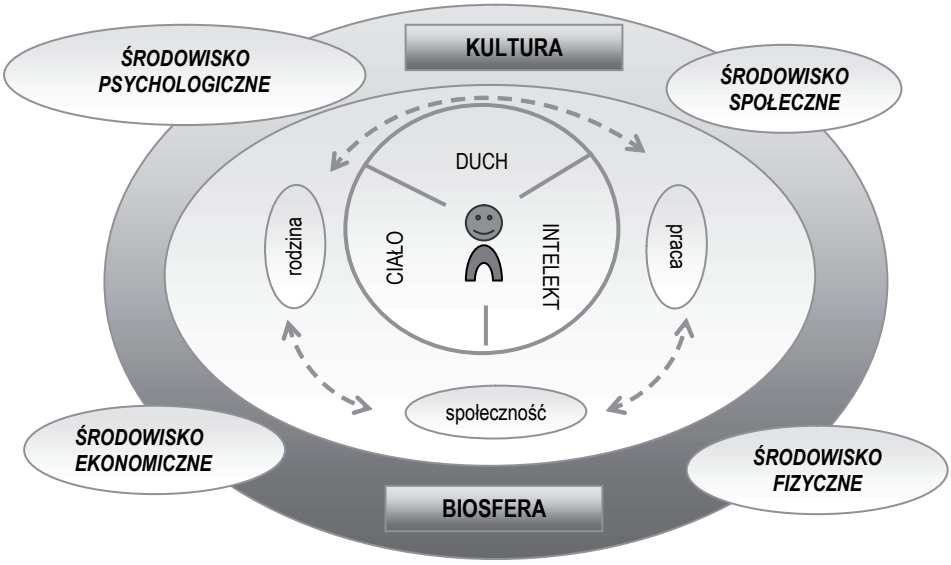
Wobec braku powszechnie przyjętej definicji w niniejszej pracy założono, że przestrzeń życiowa to dynamiczny system, na który składają się człowiek, otaczające go środowisko we wszystkich swoich wymiarach, a także współzależności zachodzące pomiędzy tymi elementami (Olszewski 2005). Przestrzeń, w której funkcjonuje jednostka, ma charakter wielowymiarowy. Możemy wyróżnić:

- **przestrzeń fizyczną** – środowisko materialne i przyrodniczo-geograficzne;
- **przestrzeń społeczną** – układ oczekiwań społecznych, wartości, poglądów właściwych dla danej zbiorowości ludzkiej;
- **przestrzeń kulturową** – wytwory kultury materialnej i niematerialnej tworzone przez człowieka na przestrzeni wieków;
- **przestrzeń ekonomiczną** – status majątkowy, warunki materialne i bytowe;
- **przestrzeń czasową** – przeszłość, teraźniejszość i przyszłość opartą na świadomości tradycji, ciągłości pokoleń, związków z przeszłością, a także na obawach i nadziejach związanych z przyszłością;
- **przestrzeń psychologiczną** – obraz świata istniejący w umyśle jednostki, emocje, postawy dotyczące rzeczywistości;
- **przestrzeń informatyczną** – związaną z rozwojem techniki, Internetu;
- **przestrzeń moralną** – normy i zasady wyznaczające kierunek ludzkiego postępowania, ocenę zachowań jednostki;
- **przestrzeń transcendencji** – rzeczywistość sakralną, poszukiwanie przez jednostkę sensu własnego życia (Olszewski 2005).

Wymienione obszary są ze sobą powiązane w różny sposób i rozmaicie doświadczane przez jednostkę. Zachodzące między nimi relacje mogą tworzyć wa-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

runki wspierające bądź hamujące rozwój człowieka. Wielowymiarowość przestrzeni życiowej dobrze uwidacznia się w mandali zdrowia. Pokazuje ona miejsce człowieka w otaczającym świecie i zwraca uwagę na znaczenie wzajemnych powiązań pomiędzy poszczególnymi elementami dla zdrowia i właściwego rozwoju jednostki.



Ryc. 12. Mandala zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Hancock, Perkins 1990.

Każdy z nas funkcjonuje w specyficznej dla siebie przestrzeni życiowej, gdyż zależności pomiędzy jednostką a jej środowiskiem mają indywidualny charakter. Oblicze przestrzeni życiowej zależy od wielu czynników, takich jak inteligencja, predyspozycje dziedziczne, warunki społeczno-kulturowe, materialne czy też okres życia, w którym aktualnie jesteśmy. Istotnym czynnikiem modyfikującym relacje jednostka–środowisko może być także niepełnosprawność intelektualna. Utrata sprawności ma bowiem nie tylko wymiar indywidualny, lecz także wpływa na środowisko społeczne i fizyczne. W związku z powyższym, aby poznać i zrozumieć funkcjonowanie procesów rozwojowych osób z niepełnosprawnością umysłową, musimy uwzględnić złożone interakcje pomiędzy cechami indywidualnymi, które wynikają z upośledzenia, a otoczeniem. Jest to szczególnie ważne dla dorastających, którzy muszą przedefiniować swoje miejsce w świece na drodze do dorosłości.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

3.1. Przestrzeń życiowa jednostki w kontekście niepełnej sprawności intelektualnej

W naukach społecznych istnieje kilka modeli ujmowania związków jednostka–środowisko. Model systemowy zakłada, że jednostka i środowisko stanowią przenikające się nawzajem systemy, a rozwój jest wypadkową wzajemnego przystosowania i oddziaływań jednostki ze środowiskiem. Interakcje między człowiekiem a jego otoczeniem rozumiane jako podstawa rozwoju jednostki to również jedno z założeń systemu kontekstualnego. Według tej drugiej koncepcji rozwój zależy nie od osiągniętej równowagi pomiędzy jednostką a otoczeniem, lecz od stopniowego uniezależniania się jednostki od środowiska (Olszewski 2005).

Oba modele są szczególnie bliskie psychologii ekologicznej. Środowisko nie jest tu prostą sumą różnorodnych elementów, ale stanowi ustrukturalizowaną całość – system. Układ elementów otoczenia jednostki wraz z nią samą określa się mianem ekosystemu. W skład ekosystemu wchodzą rządzące się swoimi prawami komponenty nazywane podsystemami.

W ujęciu psychologii ekologicznej środowisko jednostki to system złożony ze współdziałających ze sobą i zawierających się w sobie czterech subsystemów, które wpływają na siebie w sposób dwukierunkowy (Bronfenbrenner 1979). Te hierarchicznie uporządkowane subsystemy to: mikrosystem, mezosystem, egzosystem oraz makrosystem.

Mikrosystem to bezpośrednie otoczenie człowieka. W tworzeniu mikrosystemu mają swój udział: rodzina, grupa rówieśnicza, klasa szkolna i współpracownicy. Mikrosystem to najbliższe środowiska, w których jednostka uczestniczy i na które wywiera bezpośredni wpływ. O obliczu mikrosystemu decydują wartości, poglądy i możliwości ludzi wchodzących w jego skład, a także określone właściwości fizyczne najbliższego otoczenia. Mikrosystem zmienia się wraz z wzrastaniem jednostki.

Mezosystem istnieje na poziomie relacji pomiędzy mikrosystemami. Przykładem mogą być relacje pomiędzy rodzicami a nauczycielami czy relacje między rodzeństwem a kolegami ze szkoły bądź przedszkola. Zależności pomiędzy mikrosystemami mają charakter cyrkularny, co oznacza, że każdy element wywiera wpływ na pozostałe i sam jest pod ich wpływem (Goldenberg 2006).

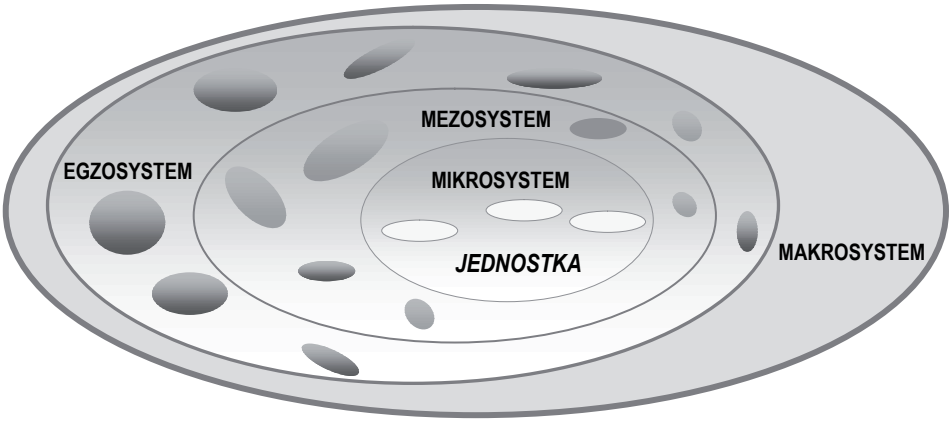
Egzosystem to rozszerzenie mezosystemu. Stanowi on zespół warunków poza bezpośrednim doświadczeniem jednostki, które wpływają na jej rozwój. Są to różnego rodzaju instytucje i organizacje, na przykład środki masowego przekazu, które mogą mieć wpływ na jednostkę, chociaż nie styka się ona z nimi bezpośrednio. Są to instytucjonalno-systemowe czynniki wpływające na mikrosystemy, w których jednostka uczestniczy.

Makrosystem zawiera w sobie wszystkie wymienione wcześniej systemy. Opiera się on na przyjętych w danym społeczeństwie wartościach i normach, które obowiązują w prawie, kulturze czy polityce. Wpływa na jednostkę poprzez przekazywanie przekonań, postaw czy tradycji. Jakkolwiek makrosystem jest bardziej stabilny niż pozostałe systemy, nie oznacza to, że jest niezmienny. Na

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

poziomie makrosystemu możemy obserwować zmiany, na przykład wraz z przechodzeniem społeczeństwa od polityki liberalnej do konserwatywnej, od kryzysu do dobrobytu czy też od pokoju do wojny.

Ann F. Bunswick (1985, za: Olszewski 2005) wyróżniła jeszcze **ontosystem**, który tworzą właściwości biopsychospołeczne jednostki, takie jak postawy, zachowania, percepcja, wiek czy płeć.



Ryc. 13. Systemy ekologiczne w koncepcji Uriego Bronfenbrennera

Źródło: opracowanie własne.

Zależności pomiędzy poszczególnymi systemami pokazuje model ekosystemu człowieka. W schemacie tym człowiek stanowi centrum. Najbliżej niego usytuowane są struktury tworzące mikrosystem, które w największym stopniu oddziałują na jednostkę. W myśl założeń psychologii ekologicznej rozwój jednostki:

- dokonuje się w kontekście jej związków ze środowiskiem,
- ma charakter interakcyjny i przebiega w całym cyklu życia indywidualnego,
- wiąże się z podejmowaniem nowych ról i zajmowaniem nowych pozycji społecznych,
- odbywa się w wyniku poszerzania i różnicowania środowiska oraz zwiększania się stopnia złożoności związków, w które jednostka wchodzi,
- wymaga angażowania się jednostki w aktywność ukierunkowaną na stabilizację, zmianę bądź przekształcanie środowiska (Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa 2002).

Interakcyjny i systemowy model funkcjonowania i rozwoju jednostki pozwala na ukazanie złożonej sytuacji dorastających niepełnosprawnych intelektualnie. W relacji jednostki upośledzonej umysłowo ze środowiskiem szczególnego znaczenia nabierają czynniki, które mogą zaburzyć bądź utrudnić jednostce proces rozwoju poprzez uniemożliwienie jej tak zwanego przejścia ekologicznego, czyli poruszania się pomiędzy mikrosystemami (Brzezińska, Piotrowski 2008). Już sam fakt zaistnienia niepełnosprawności na poziomie ograniczeń intelektualnych

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

w sposób szczególny warunkuje rozwój jednostki. Wynika to przede wszystkim ze znaczenia, które przypisujemy mocy naszego umysłu. Im lepiej poznajemy mechanizmy nim rządzące, tym większą uwagę zwracamy na jego związek z czynnościami naszego organizmu oraz otaczającą nas społeczną, przyrodniczą i materialną rzeczywistością. Niepełnosprawność intelektualna znacząco modyfikuje ludzkie postawy wobec osoby upośledzonej umysłowo, co wpływa na jej rozwój, a tym samym warunkuje dalsze zachowania wobec niej – w ten sposób przebiega cykl interakcji i rozwoju.

Przypuśćmy, że ważnymi rozwojowo – nie tylko dla rodziców, lecz także dla społeczeństwa – cechami dziecka są jego inteligencja i komunikatywność. W przypadku dziecka upośledzonego umysłowo występowanie tych cech w ograniczonym zakresie bądź ich brak może skłonić rodziców do oddania dziecka do placówki opiekuńczej, która ze względu na swój profil nie będzie nastawiona na poszerzanie możliwości rozwojowych dziecka. W takich warunkach bezpośrednie środowisko dziecka będą stanowiły osoby z podobnymi zaburzeniami. Jego możliwości rozwojowe zostaną ograniczone, gdyż nie stanie się ono uczestnikiem większości sytuacji społecznych dostępnych dzieciom z normą intelektualną. Taka sytuacja wpłynie z kolei na opinię społeczną, która, mając ograniczone możliwości doświadczania kontaktów z osobami upośledzonymi umysłowo, będzie mogła nadal tkwić w przekonaniu, że osoby niesprawne intelektualnie stanowią margines społeczny. Nie przyczyni się to do wzrostu wiedzy na temat niepełnosprawnych i sprzyjać będzie ich izolacji.

Zależność pomiędzy jednostką z ograniczonymi możliwościami rozwojowymi a środowiskiem jest wyraźniejsza niż w przypadku osób pełnosprawnych. Jeżeli ograniczymy przestrzeń życiową osoby niepełnosprawnej intelektualnie, może to znacznie zredukować jej potencjał rozwojowy. Aby temu zapobiec, warto zwiększać stymulację osoby z ograniczoną sprawnością intelektualną poprzez kompensację, usprawnianie i korygowanie. Stymulacja powinna pochodzić z otoczenia, z takich elementów przestrzeni życiowej, jak rodzina, szkoła czy społeczność lokalna (Larkowa 1987; Kościelska 2000). Podejmując się stymulacji, pamiętajmy, że przestrzeń życiowa jednostki zmienia się w trakcie dojrzewania. Dlatego też o obrazie niepełnosprawności w danym okresie życia będą decydować czynniki uwarunkowane etapem rozwoju jednostki, rodzaj, charakter i stopień niepełnosprawności, relacje „ja"–otoczenie oraz własna aktywność.

Określona dysfunkcja jest zjawiskiem, które przebiega w sferze społecznej, może być więc interpretowana nie jako cecha indywidualna jednostki, ale jako specyficzny rodzaj interakcji z otoczeniem (Gustavsson, Zakrzewska-Manterys 1997). Dlatego też podstawowym problemem, z którym muszą sobie radzić osoby niepełnosprawne intelektualnie, są reakcje otoczenia społecznego. Możemy powiedzieć, że człowiek staje się upośledzony, kiedy zostanie tak określony przez otoczenie.

Niepełnosprawność towarzyszy człowiekowi od wieków. Reakcje społeczne na osoby niepełnosprawne, mimo wyraźnych zmian, nadal są jednak dalekie od przychylnych. Potrzeby i niektóre zachowania niepełnosprawnych bywają dla

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

osób zdrowych niezrozumiałe, a tym samym wywołują lęk i prowadzą do odrzucenia. Z badań prezentowanych w literaturze przedmiotu (por. Minczakiewicz 1997; Sękowski 1999; Sękowski, Witkowski 2002) wynika, że najbardziej nieprzychylne postawy wobec osób niepełnosprawnych dotyczą chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo. Ujmowanie niepełnosprawności intelektualnej w kategoriach niskiej wartości intelektualnej – ułomności cechy, która wyróżnia człowieka spośród innych organizmów żywych – skazuje osoby upośledzone umysłowo na społeczną degradację.

Najczęstszą przyczyną dystansu społecznego wobec osób upośledzonych umysłowo jest naznaczenie społeczne (Kowalik 1989). Zgodnie z koncepcją naznaczenia społecznego dysfunkcje intelektualne powodują, że oczekuje się od osób z ograniczoną sprawnością intelektualną zachowań odbiegających od normy. Zachowania te nie podlegają ocenie odwołującej się do niezgodności z regułami porządku społecznego, ale odnoszącej się do znaczenia, jakie nadaje im otoczenie społeczne. Im mniejszą odmienność spostrzegamy, tym bardziej normalne wydają się nam zachowania osoby upośledzonej umysłowo. Patrzenie na osoby niesprawne intelektualnie przez pryzmat ich naznaczenia przyczynia się do powstawania niekorzystnego nastawienia otoczenia społecznego, a tym samym utrudnia proces interakcji osób upośledzonych umysłowo z osobami o prawidłowym rozwoju intelektualnym (Giryński 1996, 2004; Giryński, Przybylski 1993; Gustavsson, Zakrzewska-Manterys 1997).

Nasz świat jest urządzony przez ludzi pełnosprawnych dla ludzi pełnosprawnych – ludzi, którzy najczęściej czują się skrępowani, kiedy spotykają osoby niepełnosprawne. Wiele osób z ograniczoną sprawnością doświadcza na sobie zjawiska homofobii (Kowalik 2001). Społeczeństwo unika kontaktów z osobami niepełnosprawnymi i ich rodzinami, gdyż obawia się ich odmienności, ich problemów, a czasami niezrozumiałych zachowań. Podział na dwa światy powoduje emocjonalne oddalenie się niepełnosprawnych, odpowiada za poczucie krzywdy, osamotnienia i obcości. W związku z tym często mamy do czynienia z tak zwaną pozorną integracją. Polega ona na popieraniu równouprawnienia niepełnosprawnych, jeżeli nie dotyczy to nas osobiście. Aprobujemy integrację, ale nie chcemy, aby nasze dziecko chodziło do klasy integracyjnej. Przyznajemy, że niepełnosprawni mają takie same potrzeby jak my, ale nie zatrudnimy ich w swojej firmie i będziemy odradzać przyjacielowi wspólne życie z osobą kaleką. Pozorna akceptacja sprawia, że osoby niepełnosprawne zmuszone są żyć w dwóch światach – tym deklarowanym i tym rzeczywistym, w którym dominuje odrzucenie, litość czy niezdrowa fascynacja innością.

Dość powszechnie zaniża się możliwości rozwojowe i różnice indywidualne osób niesprawnych intelektualnie przy jednoczesnym eksponowaniu ich ograniczeń. Wynika to z małej świadomości skutków społecznej izolacji i prowadzi do ograniczania stymulacji środowiskowej. Osoby upośledzone są często stygmatyzowane ze względu na swoje ograniczenia i nie mają możliwości podejmowania samodzielnego i aktywnego życia. Głównym celem rehabilitacji tych osób jest

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

usunięcie bądź złagodzenie dysfunkcji, a nie przygotowanie do aktywnego życia w naturalnym środowisku i zapewnienie potrzebnego wsparcia.

Jak już wcześniej powiedziano, zachowanie osób upośledzonych umysłowo jest regulowane nie tylko przez mechanizmy wewnętrzne, lecz także przez czynniki zewnętrzne. Według Carlesa W. Greenbauma i Judith G. Auerbach (za: Olszewski 2005) zwiększona podatność na wpływy społeczne stanowi czynnik zakłócający rozwój człowieka. Przejmowanie przez otoczenie kontroli nad środowiskiem rozwojowym osób niepełnosprawnych intelektualnie może utrudniać, a nawet hamować ich rozwój. Upośledzony, który staje się całkowicie zależny od otoczenia, popada w bezradność i traci poczucie własnej tożsamości (Olechnowicz 1978; Kostrzewski, Wald 1981; Kościelska 2000).

Jeśli człowiek prawidłowo się rozwija, posiada mechanizmy regulacji, które uwalniają go od bezpośredniej zależności od otoczenia i czynią odpowiedzialnym za siebie. W przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie możliwości te są ograniczone. Obniżona sprawność intelektualna przekłada się bowiem na problemy z zachowaniem, które nie pozwalają jednostce radzić sobie z trudnościami życia codziennego i uniemożliwiają adaptację do otoczenia. Dlatego tak ważne dla rozwoju osób z ograniczoną sprawnością intelektualną jest zapewnienie im doświadczeń życiowych jak najbardziej zbliżonych do tych, które są udziałem zdrowych w normie intelektualnej, oraz udzielanie pomocy w przystosowaniu się do takiego życia (Zachara, Dobosiewicz 1987).

3.2. Psychologiczna sytuacja rodzinna osób niepełnosprawnych intelektualnie

Przestrzeń życiowa jednostki niepełnosprawnej intelektualnie kształtuje się przede wszystkim pod wpływem doświadczeń zdobytych w środowisku rodzinnym (Larkowa 1987; Kościelak 1989). Wśród różnych środowisk (systemów), w których funkcjonuje człowiek, rodzina zajmuje szczególne miejsce. Jest podstawowym (Tyszkowa 1990), zwanym także prymarnym (Bronfenbrenner 1979), kontekstem rozwoju, który wspomaga procesy rozwojowe w bezpośrednich, długotrwałych i opartych na bliskiej więzi emocjonalnej interakcjach.

Rodzina to jedyna grupa społeczna, która bazuje na czynnikach biologicznych i naturalnych. Więzy krwi, miłość i pokrewieństwo mają w niej szczególne znaczenie. Rodzina, jako najbardziej naturalna, a tym samym konieczna społeczność, stała się fundamentem państwowości, kultury i człowieczeństwa. Od początku istnienia ludzkości człowieka określano i identyfikowano przez odniesienie do rodziny. Można powiedzieć, że przejście do człowieczeństwa zawdzięczamy właśnie wyłonieniu się rodziny, że społeczeństwo i kultura mają w niej swój początek (Jeanniére 1969, za: Kocik 2006; Wachowiak 2001).

W rodzinie przychodzimy na świat, dorastamy, rozwijamy się, codziennie obcujemy z najbliższymi sobie emocjonalnie osobami, dokonujemy życiowych wyborów i w końcu w niej umieramy. Są to naturalne, niepowtarzalne i niemożliwe do przeżycia w innych środowiskach elementy egzystencji (Izdebska 2000).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Rodzina posiada wiele uniwersalnych cech i wartości niespotykanych nigdzie indziej:

- jest pierwotną i podstawową instytucją społeczną – jest starsza od wszelkich instytucji, od narodu i państwa, wszystko zawdzięcza swój początek rodzinie;
- stanowi uniwersalną formę życia w wymiarze całej ludzkości – nigdzie nie istniało ani nie istnieje społeczeństwo, w którym nie funkcjonowałaby instytucja rodziny;
- nadaje jednostce tożsamość i podmiotowość – jest pierwotnym środowiskiem kontaktów międzyludzkich, w niej powstaje i urzeczywistnia się pierwotny system wartości, stanowi czynnik stabilizujący życie społeczne i jednostkowe;
- charakteryzuje się wyraźnie określoną strukturą i specyficznymi relacjami małżeństwo–rodzice–dzieci (nie można w obrębie jednej rodziny występować raz w jednej, raz w innej roli) (Kocik 2006).

Szczególna rola rodziny w życiu jednostki i społeczeństwa polega na tym, że jest ona niejako wyjściowym środowiskiem ludzkiego bycia i stawania się. Stanowi swoiste *locus sensu* (Popielski 1994; 2002). W rodzinie człowiek – złożona istota bio-psycho-duchowa – wzrasta i rozwija swoje możliwości. Żeby lepiej zrozumieć, na czym polega wartość rodziny, musimy zdawać sobie sprawę, co zabezpiecza i przed czym chroni. Opierając się na psychologii egzystencjalnej i logoteorii, możemy powiedzieć, że:

- rodzina służy pielęgnacji ludzkiego życia, uczy akceptacji życia;
- rodzina chroni rozwój jednostek, ich bycie i stawanie się, zaspokaja potrzebę miłości, bezpieczeństwa i zaufania;
- rodzina chroni ludzkie życie przed biologizacją poprzez doświadczanie prawdy, sprawiedliwości, miłości i troski, a także cierpienia, wyrzeczeń, smutku (Popielski 2002).

W rodzinie jednostka dociera do najgłębszych pokładów swego istnienia. Doświadcza, czym jest godność i odpowiedzialność, a także wykuwa swój świat wartości i poczucie sensu. Poczucie sensu życia należy do najgłębszych ludzkich potrzeb i ściśle wiąże się ze światem wartości jednostki. W rodzinie „rodzice i dzieci doświadczają i odkrywają na drodze współbycia, egzystencjalnie naturalnego i bardzo pierwotnego sensu i sensowności życia" (Popielski 2002, s. 522).

W literaturze przedmiotu problem dziecka upośledzonego umysłowo i jego rodziny podejmowany był już wielokrotnie (Boczar 1982; Borzyszkowska 1988; Minczakiewicz 2002; Twardowski 2005; Dykcik 2006). W przytoczonych opracowaniach zwraca się uwagę, że sytuacja rodziny dziecka upośledzonego umysłowo jest bardzo trudna i specyficzna. Z badań wynika, że już sam fakt urodzenia się dziecka upośledzonego umysłowo w rodzinie pociąga za sobą dalsze konsekwencje. Determinuje bowiem życie wewnątrzrodzinne, burzy dotychczasowy spokój i ład organizacyjny, wyznaczając każdemu z jej członków określone obowiązki, funkcje i zadania (Wojciechowski 1984; Borzyszkowska 1988; Minczakiewicz 2002). Pojawienie się osoby niepełnosprawnej powoduje, że cała rodzina, która jest dynamicznym układem zaspokajającym potrzeby indywidu-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

alne jej członków oraz pośredniczącym pomiędzy jednostką a społeczeństwem, staje się pośrednio niepełnosprawna, dysfunkcjonalna.

Rodzina, jako naturalne środowisko życia dziecka, w istotny sposób warunkuje jego rozwój. Należy jednak pamiętać, że obecność dziecka upośledzonego umysłowo utrudnia funkcjonowanie rodziny. Realizacja trudniejszych zadań wymaga w tym wypadku znacznego nakładu pracy i niesie duże obciążenie psychiczne. Dziecko upośledzone umysłowo wywołuje szok u rodziców. To coś, czego nie rozumieją, czego nie oczekiwali. Jakkolwiek jeszcze przed urodzeniem dziecka zastanawiali się, jakie ono będzie, nigdy nie pomyśleli, że mogłoby być właśnie takie – tak dalekie od ideału.

Rodzice, zwłaszcza przyszła matka, przez dziewięć miesięcy oswajają się z dzieckiem. Usiłują wyobrazić sobie potomka, konstruują historię jego życia, której nieodłącznym elementem jest rozwój i wynikające z niego zmiany. Towarzyszy temu przekonanie, że trudności wynikające z normalnego, niczym niezakłóconego biegu życia zostaną pokonane. Nagle okazuje się, że dziecko będzie słabe, będzie gorzej się rozwijało, będzie upośledzone przez całe życie. Bliższa i dalsza przyszłość staje się wielką niewiadomą. Wiadomość o kalectwie dziecka wywołuje u rodziców tak skrajne emocje, że możemy mówić o kryzysie psychicznym (Mrugalska 1988). Kryzys ten to niepowtarzalny akt przeżywania tragedii i indywidualny sposób radzenia sobie z katastrofą, którą są narodziny dziecka upośledzonego umysłowo.

Tylko rodziny szczęśliwe są do siebie podobne, natomiast każda rodzina dotknięta nieszczęściem jest nieszczęśliwa na swój sposób.
(L. Tołstoj)

Kryzys związany z pojawieniem się problemu upośledzenia w rodzinie w początkowym okresie ma gwałtowny przebieg i występuje pod wieloma postaciami. Z biegiem czasu zmienia się jego forma, ale nigdy nie przestaje wywierać wpływu na funkcjonowanie rodziny i jej członków (Obuchowska 2005). Narastające trudności w życiu codziennym często przekraczają możliwości i odporność psychiczną członków rodziny, którym przychodzi się mierzyć z wieloma niecodziennymi i trudnymi sytuacjami. U rodziców dzieci upośledzonych umysłowo nadmierny trud wychowawczy przy nikłych wynikach doprowadza często do syndromu wypalenia (Borzyszkowska 1988; Mrugalska 1988; Kościelska 2000; Twardowski 2005). Dotyczy to zwłaszcza matek.

W 1979 r. Ruth C. Sullivan przedstawiła koncepcję syndromu wypalania się sił u rodziców dzieci upośledzonych umysłowo. Zespół wypalenia charakteryzuje się rezygnacją, brakiem energii, niekiedy zupełnym wyczerpaniem psychicznym i fizycznym. Za przyczyny tego zjawiska uważa się przeciążenie intensywną opieką nad dzieckiem, obciążenie świadomością odpowiedzialności za jego los i poczucie osamotnienia (za: Domarecka-Malinowska 1994).

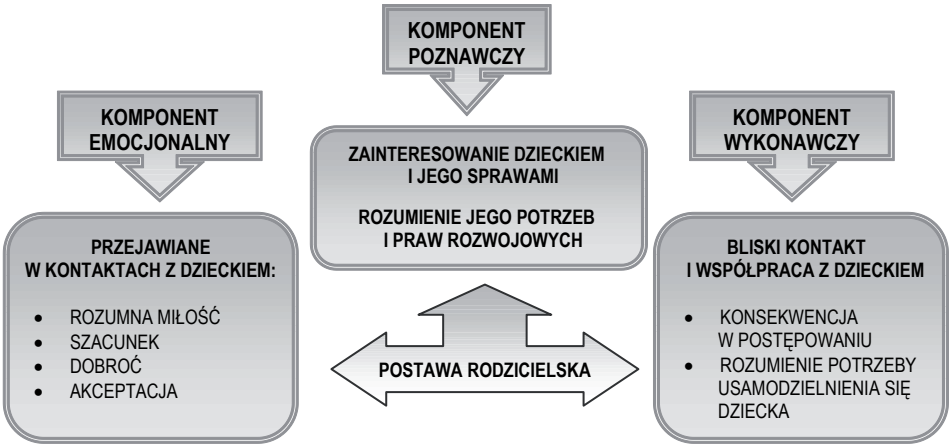
Poczucie samotności, bunt i wrogość do świata to tylko niektóre stany rodziców, które mogą towarzyszyć dramatowi upośledzenia. Występowanie nieko-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

rzystnego wpływu nieprawidłowego rozwoju dziecka na rodzinę i zachowania rodziców zależy od ukształtowania ich osobowości, charakteru emocjonalnej więzi z dzieckiem, ich poglądów na wychowanie oraz postaw rodzicielskich (Ślenzak 1978).

Dla rozwoju osób upośledzonych umysłowo szczególnie ważna jest postawa rodziców. Powinni oni dołożyć wszelkich starań, aby dogłębnie poznać charakter doświadczeń, które są udziałem ich dzieci, a także nauczyć się te doświadczenia modyfikować poprzez wzbogacanie środowiska rozwojowego i świata doznań. Pomoże to dziecku osiągnąć pełnię rozwoju w obszarach, które są mu dostępne (Zachara, Dobosiewicz 1987; Kościelska 1994). Ogrom problemów, z którymi zmagają się rodzice dzieci upośledzonych umysłowo, walcząc z kryzysem upośledzenia, sprawia, że realizacja powyższych wskazań nie należy do łatwych zadań.

Postawa rodzicielska to według Marii Ziemskiej (1973, s. 33) nabyta struktura poznawczo-dążeniowo-afektywna, która warunkuje zachowanie się rodziców wobec dzieci. Jest to w pewnym stopniu utrwalona tendencja do reagowania w określony sposób w stosunku do dziecka. Składa się z trzech podstawowych komponentów: poznawczego, emocjonalnego i wykonawczego.



Ryc. 14. Komponenty postaw rodzicielskich

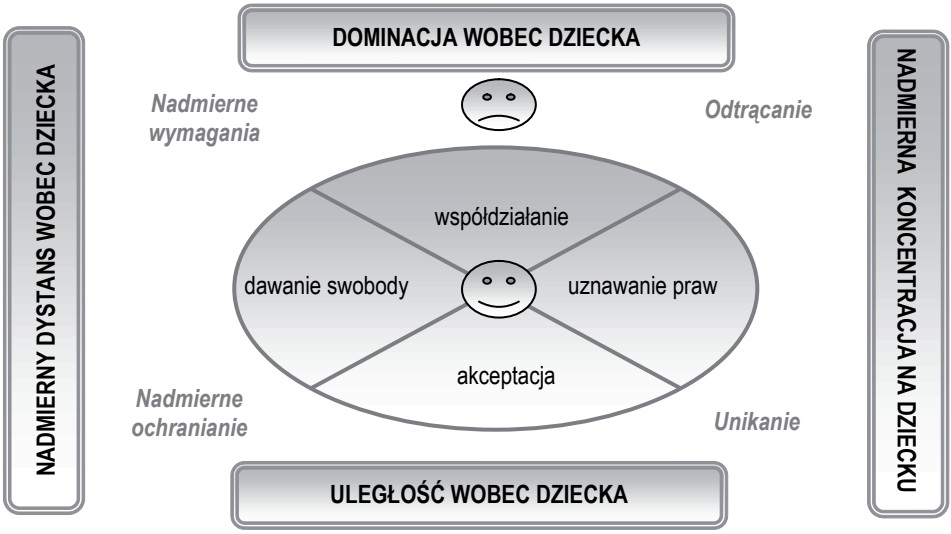
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ziemska 1973.

Żeby dziecko rozwijało się prawidłowo, postawy rodziców powinny cechować się spójnością. Zdarza się bowiem, że postawy rodzicielskie w komponencie poznawczym odbiegają od komponentu emocjonalnego czy wykonawczego, kiedy działanie nie odpowiada przekonaniom teoretycznym. Postawy rodzicielskie zmieniają się, w miarę jak dziecko wkracza w kolejne fazy rozwoju. Jeśli rodzice nie przyjmują postaw właściwych dla danego okresu rozwojowego, pojawiają się konflikty, zaburzenia w zachowaniu dziecka, a w konsekwencji także zaburzenia rozwoju osobowości.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Postawy rodzicielskie wpływają na proces wychowania i odgrywają ważną rolę w rozwoju jednostki. Pozytywne doświadczenia wyniesione z rodziny sprzyjają bowiem kształtowaniu osobowości dziecka. Wspomagają formowanie się tożsamości, gdyż umożliwiają spostrzeganie siebie w relacjach interpersonalnych – w rodzinie i poza rodziną. Zgodność obrazu siebie z wyobrażeniami członków rodziny na temat jednostki sprzyja kształtowaniu własnej tożsamości. Pomaga odpowiedzieć sobie na pytanie „kim jestem?" (zob. rozdz. 4). Tworzenie tożsamości trwa wiele lat, od momentu narodzin, a może nawet od poczęcia (Plopa 2005). Niewłaściwe postawy wychowawcze i obraz dziecka niezgodny z jego możliwościami, co w przypadku dzieci niepełnosprawnych intelektualnie zdarza się dosyć często, mogą zakłócić ten proces.

Ziemska wyróżniła cztery postawy właściwe i cztery niewłaściwe. Postawy właściwe to dawanie dziecku rozumnej swobody, uznanie jego praw, akceptacja jego osobowości i współdziałanie z nim. Nie wykluczają się one wzajemnie, lecz mogą współwystępować. Postawy niewłaściwe polegają na odtrąceniu, unikaniu, nadmiernym wymaganiu czy nadmiernej ochronie dziecka. Są wynikiem zaburzeń relacji rodzic–dziecko.



Ryc. 15. Postawy rodzicielskie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ziemska 1973.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Ramka 6. Charakterystyka postaw rodzicielskich

POSTAWY WŁAŚCIWE

Akceptacja – godzenie się z usposobieniem i cechami wyglądu zewnętrznego dziecka, jego zdolnościami i możliwościami w jednych dziedzinach, a ograniczeniami w innych. Akceptujący rodzice okazują swemu dziecku sympatię i aprobatę, a kontakt z nim sprawia im radość. Akceptacja nie jest jednoznaczna z bezkrytycznym spojrzeniem na dziecko. Rodzice dostrzegają i chwalą nawet drobne osiągnięcia, ale ganią, gdy, ich zdaniem, postąpi ono źle.

Współdziałanie – zainteresowanie rodziców aktywnością dziecka (pracą i zabawą), współdziałanie z nim oraz angażowanie go w sprawy rodzinne i domowe (w zależności od stopnia rozwoju). Rodzice muszą z jednej strony chronić dziecko przed niebezpieczeństwami, które mogłyby mu zagrażać w związku z przedwczesną samodzielnością, z drugiej jednak strony nie mogą przesadnie hamować aktywności dziecka.

Dawanie swobody – dostarczanie dorastającemu dziecku coraz większej, rozsądnej dawki swobody. Wraz z rozwojem dziecka pojawia się jego fizyczna niezależność od rodziców i wzrasta znaczenie więzi psychicznej.

Uznawanie prawa – postawa ta wyklucza zarówno niedocenianie, jak i przecenianie roli dziecka w rodzinie. Stosunek rodziców do aktywności dziecka nie jest ani formalny, ani wścibski i dyktatorski.

POSTAWY NIEWŁAŚCIWE

Odtrącanie – rodzice nie lubią swojego dziecka, wstydzą się go. Chętnie powierzyliby opiekę nad nim komuś innemu. Zajmowanie się dzieckiem budzi ich niechęć, często uznają je za zadanie ponad swoje siły.

Unikanie – niedostatek uczuć lub obojętność uczuciowa. Dziecko nie daje radości i przyjemności. Kontakt jest luźny lub pozornie dobry. Prawdziwe uczucia maskuje się rzekomym liberalizmem i wręczaniem dużej liczby prezentów. Unikanie może wiązać się z zewnętrznym brakiem troski o dziecko, zaniedbywaniem jego podstawowych potrzeb biologicznych i ekonomicznych.

Nadmiernie ochranianie – ujawnia brak krytycyzmu wobec dziecka. Rodzice traktują dziecko w sposób nadmiernie opiekuńczy i pobłażliwy, rozwiązują za niego wszelkie trudności i ograniczają jego samodzielność. Postawa ta często wynika z lękowego nastawienia jednego z rodziców lub obojga do otaczającego świata.

Nadmierne wymagania – rodzice nie liczą się z możliwościami dziecka na danym etapie rozwoju ani z jego indywidualnymi cechami. Dziecko poddaje się presji dorównywania idealnemu wzorowi, zmusza do realizowania wymagań rodziców. Tendencja do stałego korygowania zachowań wiąże się niekiedy z odrzucaniem dziecka.

Postawy rodzicielskie wobec dzieci upośledzonych omawia między innymi Mary D. Sheridan (za: Boczar 1982). Autorka wyróżniła cztery typy postaw:

- **nadmierną opiekę** – może pojawiać się jako rezultat głębokiego współczucia dla nieszczęśliwego dziecka albo przekonania o własnym nieszczęściu. Z tą postawą łączy się tendencja do zaspokajania wszystkich potrzeb dziecka;
- **nadmierne obciążanie –** występuje, kiedy rodzice zachęcają swoje upośledzone dziecko do normalnego życia i do osiągnięcia niezależności, a przy tym bagatelizują lub nawet negują istnienie jego upośledzenia. Skłaniają dziecko do fizycznego i umysłowego wysiłku, który przekracza jego możliwości;
- **odtrącanie** – może przebierać dwie formy. Pierwsza z nich charakteryzuje się tym, że rodzice ozięble traktują dziecko, bez skrupułów je zaniedbują i nie okazują mu żadnych uczuć ani troski. Drugą formę możemy obserwować, kiedy rodzice okazują się niezdolni do opieki nad dzieckiem i wychowania go, chociaż często podejmują próby podołania problemom związanym z codzien-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

ną opieką nad swoim dzieckiem lub dążą do przełamania instynktownego odruchu niechęci do niego;

- **akceptację** – występuje, gdy rodzice od samego początku przyjmują swoje upośledzone dziecko pogodnie, z uczuciem.

Najbardziej pożądaną postawą rodzicielską wobec dziecka upośledzonego jest bezwarunkowa akceptacja. W przeciwieństwie do odtrącenia, postawy nadmiernie wymagającej czy też nadmiernej opieki, które niekorzystnie wpływają na rozwój umysłowy, akceptacja sprzyja postępom dziecka (Kostrzewski 1978).

Rozwój dziecka zależy także od efektywności postaw rodzicielskich. Jest to zdolność rodziców do skutecznego wychowania i racjonalnego kontrolowania dzieci. Umiejętność wychowania opiera się przede wszystkim na akceptacji dziecka i przejawia w fizycznym i werbalnym stosunku do niego. Racjonalna kontrola polega natomiast na chronieniu dziecka i wspieraniu zachowań zgodnych z powszechnie przyjętymi normami oraz na wspieraniu autonomii i niezależności (Plopa 2005). Niepełnosprawność intelektualna dziecka może stanowić poważne zagrożenie dla efektywności postaw jego rodziców.

Wyniki badań nad postawami rodziców wobec dzieci niepełnosprawnych intelektualnie nie dają klarownego obrazu zjawiska. Ma to związek z przyjmowaniem różniących się od siebie typologii postaw. Odłożywszy na bok owe różnice, przy omawianiu postaw rodziców wobec dziecka upośledzonego należy pamiętać, że kalectwo dziecka zakłóca dotychczasowy model postępowania matki i ojca oraz może być przyczyną dezorganizacji prawidłowych postaw rodziców. Nowy model postępowania zależy od ich poglądów na sprawę defektu dziecka, od ich przeżyć emocjonalnych, od płci dziecka, stopnia jego upośledzenia czy też od zakresu, w którym akceptują dziecko (Ślenzak 1978).

Ryc. 16. Poziom akceptacji niepełnosprawności dziecka a postawy rodzicielskie

Źródło: opracowanie własne.

Do istotnych czynników warunkujących postawy rodziców należą intelektualne możliwości dzieci. Matki dzieci lekko upośledzonych przyjmują wobec nich bardziej protekcyjną postawę niż matki dzieci głębiej upośledzonych. Dochodzi do tego, gdyż związek emocjonalny z dzieckiem głęboko upośledzonym jest słabszy. Postawa opiekuńcza rodziców jest słabiej zaznaczona, mimo że dzieci te wymagają większej opieki niż dzieci lżej upośledzone. Zwróćmy jeszcze uwagę na pewną interesującą zależność. Jakkolwiek badania wykazują, iż rodzice dzieci upośledzonych w stopniu lekkim pozostają w dobrym kontakcie uczuciowym ze

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

swoimi dziećmi, to dużo częściej – w porównaniu z rodzicami dzieci o prawidłowym rozwoju – ujawniają postawy ambiwalentne (Gałkowski 1981; Kowalik 1989; Skórczyńska, Sadowska 2001; Kazanowski 2003).

Dziecko upośledzone umysłowo wywołuje u rodziców szereg typowych dla tej sytuacji zachowań. Jednym z nich jest poczucie winy u ojca lub matki. Poczucie winy nie musi być jednoznaczne z obwinianiem się o kalectwo dziecka. Może brać się z przekonania, że gdyby dziecko było zdrowe, ich stosunek do niego byłby inny (Kościelska 2000; Kościelska, Muskat 1988; Mrugalska 1988; Ślenzak 1978). Czasami rodzice czują się winni, gdyż nic nie mogą zrobić dla niepełnosprawnego, albo uważają, że zaniedbali inne swoje dzieci. Poczucie winy może z kolei generować określone postawy rodzicielskie.

Kolejny ze sposobów reakcji na kryzys upośledzenia to nadopiekuńczość. Taka postawa prowadzi do zbytniego uzależnienia się dziecka, utrudnia mu zdobycie samodzielności. Nadmierna opieka często może brać się z przekonania rodziców, że kochają dziecko zbyt słabo. W takich wypadkach nadopiekuńczość służy pozbyciu się myśli o niewłaściwym wywiązywaniu się z obowiązków rodzicielskich (Ślenzak 1978; Kowalik 1989).

Może się również zdarzyć, że któryś z rodziców usiłuje zamaskować istniejące zaburzenia rozwoju. W związku z tym nie stawia się dziecku wymagań, nie mobilizuje go do podejmowania wysiłku koniecznego przy przezwyciężaniu trudności (Jarzębska-Baziak 1973). Pobłażliwy stosunek do dziecka często wynika z przekonania, że nie należy utrudniać mu życia, gdyż i tak jest dostatecznie nieszczęśliwe. Taka postawa w ostateczności może prowadzić do zahamowania rozwoju dziecka.

Warto również pamiętać, że rodzina osoby niepełnosprawnej intelektualnie jest „nie tylko podstawową, ale niemal jedyną instytucją wspierającą konsekwentnie osoby niepełnosprawne i zapewniającą ich funkcjonowanie" (Ostrowska 2001, s. 92). W stosunku do pozostałych systemów pomocy dziecku niepełnosprawnemu rodzina pełni funkcję uzupełniającą, a czasami wręcz kompensującą. Wynika to z faktu, że wiele istniejących instytucji nie jest w stanie we właściwy sposób zaspokoić potrzeb dziecka z niesprawnością intelektualną. Bliskie relacje z rodzicami i rodzeństwem zapewniają niesprawnemu intelektualnie dziecku stabilizację emocjonalną i poczucie bezpieczeństwa. Wsparcie ze strony rodziny „umożliwia pokonanie kryzysów wywołanych niepełnosprawnością. Jej pomoc i opieka ułatwia radzenie sobie z problemami ograniczonej samodzielności" (Błeszyńska 2001, s. 307).

Rola rodziców i pozostałych członków rodziny jest w procesie rehabilitacji i rozwoju dziecka upośledzonego umysłowo nie do przecenienia. Rodzice pozostają bowiem w stałym kontakcie z dzieckiem i są jego pierwszymi nauczycielami i rehabilitantami. Sprawia to, że terapia prowadzona w domu jest bardziej intensywna i skuteczna. W prawidłowo funkcjonującym systemie rodzinnym niesprawne intelektualnie dziecko potrafi zademonstrować pełnię posiadanych umiejętności i możliwości. W innym otoczeniu, na przykład w gabinecie tera-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

peuty, nie zawsze daje się to osiągnąć. Funkcjonowaniu dziecka z ograniczoną sprawnością umysłową we wspólnocie rodzinnej sprzyja korzystny dla jego rozwoju układ bliskich relacji pomiędzy nim a pozostałymi członkami rodziny (Twardowski 2003).

Osoba niepełnosprawna, zwłaszcza niesprawna intelektualnie, aby móc się rozwijać na miarę swoich ograniczonych możliwości, poza specjalistyczną procedurą rehabilitacji wymaga psychicznej obecności innych ludzi. Potrzebuje bliskich relacji uczuciowych, dużej wrażliwości na siebie i swoje stany psychoemocjonalne, cierpliwości i działań, które wspierają jej rozwój i usamodzielnianie się. Jedynie członkowie najbliższej rodziny, rodzice i rodzeństwo, mogą stworzyć jej takie warunki. Rodzina bowiem jako zmienna niezależna wpływa na osobowość i funkcjonowanie jednostek oraz w dużym stopniu kształtuje ich losy (Tyszka 2002).

3.3. Przestrzeń społeczna dorastających z niesprawnością intelektualną

Ważnym elementem przestrzeni życiowej osoby niepełnosprawnej intelektualnie jest nastawienie społeczne do osób upośledzonych umysłowo. Jednostka, rodzina i szkoła tworzą przestrzeń społeczną i kulturową. W funkcjonowaniu rodziny i szkoły znajdują swoje odbicie właściwe danemu społeczeństwu opinie, poglądy i systemy wartości. Na społeczny wizerunek osób niepełnosprawnych intelektualnie wpływają czynniki ekonomiczne, kulturowe i religijne. Wybrażenia funkcjonujące we wspólnocie oddziałują na poglądy rodziców, nauczycieli i rówieśników na temat upośledzenia (Chodkowska 1994; Błeszyńska 1996; Gustavsson, Zakrzewska-Manterys 1997).

Dużą rolę odgrywa w tym procesie także język, którego używamy do opisu osób niepełnosprawnych (Błeszyńska 1999). Zadaniem słów jest pomaganie człowiekowi w rozumieniu i rozpoznawaniu świata. Tymczasem słowa, którymi określamy osoby niepełnosprawne intelektualnie, zamiast pomagać, często ograniczają i stanowią swego rodzaju piętno. Język bierze udział w kształtowaniu schematów, stereotypów i uprzedzeń na temat upośledzenia. Wynika to przede wszystkim z braku obiektywnej wiedzy o osobach upośledzonych umysłowo. Na ogół zwraca się uwagę na zaburzenia i braki upośledzonych, a pomija to, co jest w nich sprawne i wartościowe. Cyrkularny charakter przestrzeni życiowej sprawia, że osoby niepełnosprawne intelektualnie kształtują wyobrażenia o sobie i swoich możliwościach na podstawie działań otoczenia. W przypadku niewłaściwego podejścia do upośledzonego może pojawić się mechanizm wyuczonej bezradności i bierność społeczna (Kowalik 1989).

Wyróżniamy dwa podstawowe kierunki postaw: akceptację i odrzucenie. Postawa pozytywna przejawia się w życzliwości, szacunku, współdziałaniu i przyjaznym zachowaniu. Postawa odrzucenia charakteryzuje się nietolerancją, lekceważeniem, brakiem życzliwości, unikaniem kontaktów i ignorancją (Newcomb i in. 1970; Sękowski 2002). W przypadku osób niepełnosprawnych

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

oprócz postaw pozytywnych i negatywnych możemy mówić także o stosunku ambiwalentnym. Dystans do niepełnosprawnych i deprecjonowanie ich łączy się wówczas ze współczuciem i chęcią pomocy. Jednak najczęstsze reakcje wobec osób upośledzonych to jawna wrogość lub unikanie (Larkowa 1987; Sękowski 1999).

Istotnym elementem przestrzeni życiowej jednostki niepełnosprawnej intelektualnie jest środowisko szkolne. Odgrywa ono ważną rolę w procesie rozwoju. W szkole stawia się jednostce różnego rodzaju wymagania. Dzięki temu dostaje szansę zmierzenia się z własnymi ograniczeniami oraz z reakcjami rówieśników na niepełnosprawność.

Przy omawianiu środowiska szkolnego osób niepełnosprawnych należy zwrócić uwagę na problem doboru odpowiedniej formy kształcenia. Obecnie możemy mówić o trzech formach organizacyjnych kształcenia osób niepełnosprawnych:

- **segregacyjnej** – publiczne szkoły specjalne (szkoły podstawowe i gimnazja, specjalne szkoły zawodowe);
- **częściowo segregacyjnej** – oddziały specjalne i tak zwane integracyjne w szkołach masowych, klasy zawodowe specjalne przy zasadniczych szkołach zawodowych, nauczanie indywidualne w środowisku rodzinnym;
- **niesegregacyjnej** – publiczne szkoły masowe (Wojciechowski, Sowa 2001).

Skuteczność danej formy kształcenia zależy przede wszystkim od tego, w jakim stopniu szkoła zaspokaja potrzeby ucznia. Ważne jest, by przy wyborze szkoły nie kierować się rodzajem i stopniem upośledzenia, lecz uwzględniać możliwości jednostki.

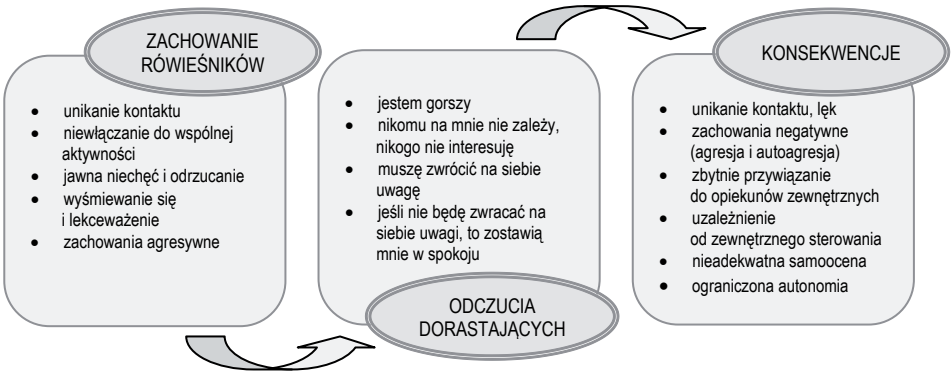
Najbardziej wymagającym środowiskiem szkolnym dla osoby upośledzonej umysłowo jest szkoła masowa. Trudniej w niej osiągnąć sukces i przystosować się do panujących warunków. Niepowodzeniom w nauce mogą towarzyszyć izolacja bądź odrzucenie przez rówieśników (Kościelska 1987; Wojciechowski 1996). Mimo to w klasach szkolnych coraz częściej pojawiają się dzieci upośledzone umysłowo. Opiekunowie i wychowawcy mają bowiem nadzieję, że taka forma nauki i kontaktu z rówieśnikami ułatwi osobie upośledzonej normalne życie w społeczeństwie. Nie zawsze są jednak świadomi problemów, z którymi mogą zetknąć się ich dzieci. Zakłada się bowiem, że umieszczenie dzieci ze specjalnymi potrzebami w szkole powszechnej przyniesie wzrost interakcji społecznych z pełnosprawnymi rówieśnikami i zwiększy poziom akceptacji społecznej osób niepełnosprawnych (Stobart 2000). Badania tymczasem pokazują, że mimo braku widocznych konfliktów dzieci niepełnosprawnych z pełnosprawnymi, rzadko łączą je głębsze więzi.

Uczniowie niepełnosprawni intelektualnie w klasach integracyjnych są odrzucani i izolowani przez zdrowych rówieśników. Jakkolwiek wspólnie biorą udział w zajęciach lekcyjnych, czasem także pozalekcyjnych, i nie dochodzi między nimi do konfliktów, to atmosfera jest tylko pozornie życzliwa. Wnikliwa obserwacja pozwala natomiast dostrzec złą sytuację społeczną upośledzonych umysłowo, negatywne relacje z pełnosprawnymi rówieśnikami i ubogie kontakty koleżeńskie (por. Oszustowicz 1994; Kościelak 1995; Minczakiewicz 1997; Lipińska

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

1999; Maciarz 2003). Im wyższy stopień upośledzenia, tym mniejsza możliwość zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, akceptacji czy sukcesu przez kontakty z pełnosprawnymi rówieśnikami (Lipińska 2000; Gołubiew-Konieczna 2002).

Osoby niepełnosprawne intelektualnie mogą doświadczać odrzucenia przez rówieśników już w wieku przedszkolnym. W tym okresie stosunkowo niewielkie znaczenie ma fakt, że dziecko funkcjonuje inaczej pod względem intelektualnym. Odrzucenie jest raczej wynikiem odmiennego i niezrozumiałego dla otoczenia zachowania (Sidor 2005). Nieco inny charakter ma problem odrzucenia dzieci w wieku wczesnoszkolnym i dorastających z upośledzeniem umysłowym. W tym przypadku dysproporcje intelektualne i świadomość własnej odmienności mogą mieć znaczący wpływ na kształtowanie się stosunków z pełnosprawnymi rówieśnikami.



Ryc. 17. Konsekwencje negatywnych doświadczeń społecznych dla rozwoju dorastających z niepełnosprawnością intelektualną

Źródło: opracowanie własne.

Pozytywne relacje osoby niepełnosprawnej intelektualnie z rówieśnikami są szczególnie ważne w okresie dorastania. Odgrywają bowiem istotną rolę w procesie kształtowania się poczucia tożsamości. Niewłaściwe kontakty z rówieśnikami mogą powodować izolację i utrudniać prawidłowy rozwój (Dyduch 1999). Bezustanne porównywanie się ze sprawnymi rówieśnikami sprzyja tworzeniu negatywnego obrazu własnej osoby, w konsekwencji wywołuje zawstydzenie i poczucie niższości, może także sprzyjać zachowaniom społecznie nieakceptowanym bądź nieadekwatnym do sytuacji (Pilecka, Pilecki 1996).

Zdobywanie wiedzy przez niepełnosprawnych intelektualnie w gronie zdrowych rówieśników także budzi zastrzeżenia. „Wydaje się, że dzieci upośledzone w klasie integracyjnej tracą mnóstwo czasu i chwytają tylko okruchy wiedzy przeznaczonej dla innych dzieci" (Sobolewska 2000, s. 7). Niepowodzenia edukacyjne niepełnosprawnych intelektualnie nasilają się w klasach wyższych ze względu na trudności spowodowane dużymi różnicami programowymi i ograniczonymi możliwościami intelektualnymi.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Rozwiązaniem tego problemu może być szkoła specjalna stwarzająca bardziej sprzyjające warunki edukacyjne, w których łatwiej osiągnąć sukces. Nie jest to jednak wyjście doskonałe, ponieważ z uczęszczaniem do szkoły specjalnej wiąże się problem stygmatyzacji. Może to utrudniać znalezienie swojego miejsca w przestrzeni społecznej. Niemożność sprostania wymaganiom edukacyjnym sprawia, że większość uczniów niepełnosprawnych umysłowo po pierwszym etapie kształcenia w szkole masowej i tak trafia do szkół specjalnych. Badania Barbary Oszustowicz (1997) pokazały, że u uczniów, którzy przechodzą do szkół specjalnych, dominuje uczucie wstydu i przekonanie o niskiej wartości, gdyż w trakcie edukacji w szkole masowej niejednokrotnie słyszeli negatywne opinie o szkole specjalnej. Jednak już po rocznym pobycie w szkole specjalnej aż 87% z nich w pełni akceptuje swoją sytuację. Stają się aktywniejszymi, odnoszącymi sukcesy uczniami.

Oprócz szkoły masowej i specjalnej istnieje jeszcze nauczanie indywidualne. Jest to obecnie dość rozpowszechniona forma nauczania. Wiąże się z nią jednak ryzyko odizolowania niepełnosprawnych intelektualnie od rówieśników i środowiska. Uczniowie korzystający z nauczania indywidualnego mogą doświadczać większych niż ich rówieśnicy trudności w realizowaniu własnej aktywności oraz samodzielności w sferze poznawczej i społecznej (Jachimczak 2005).

Dlatego jeśli chcemy wspierać rozwój dorastających z niepełnosprawnością intelektualną, to powinniśmy pamiętać, że należy tak zorganizować ich przestrzeń życiową, żeby dawała możliwość kontaktu z rówieśnikami. Mimo istnienia wielu zagrożeń trzeba podjąć to ryzyko. Dorastający potrzebują bowiem grupy rówieśniczej, aby móc kształtować swoje poczucie kompetencji i samoocenę. Niedobór relacji z rówieśnikami sprawia, że osoba upośledzona umysłowo nie ma okazji do wyćwiczenia umiejętności społecznych i emocjonalnych. Powinniśmy przy tym pamiętać, że nie samo przebywanie z innymi, ale przede wszystkim możliwość współdziałania zapewnia właściwe warunki rozwoju. Dla osoby niepełnosprawnej zdrowi rówieśnicy nie tylko stanowią źródło negatywnych doświadczeń, lecz także stwarzają nowe możliwości pokonywania własnych ograniczeń.

> (…) *uczyć się życia można tylko tkwiąc w jego nurcie, a nie w izolacji od niego* (…)
>
> (Doroszewska 1981, s. 612)

Konkludując powyższe rozważania, spróbujmy zastanowić się nad kwestią, która szkoła – specjalna czy masowa – stworzy naszemu dziecku lepsze warunki rozwoju. Co wybrać – izolację czy integrację? Wydaje się, że nie ma jednej właściwej odpowiedzi na to pytanie. Wiele bowiem zależy od możliwości rozwojowych dziecka/dorastającego i właściwości otoczenia społecznego. Pamiętajmy, że tak jak szkoła masowa nie gwarantuje integracji, tak szkoła specjalna nie musi oznaczać segregacji. Warto jednak dołożyć wszelkich starań, aby świat osób niepełnosprawnych intelektualnie i świat ludzi zdrowych nie wykluczały się, ale wzajemnie się uzupełniały i wzbogacały. Starajmy się, żeby zdrowe dzieci nie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

dojrzewały bez świadomości istnienia rówieśników z różnego rodzaju trudnościami w rozwoju, gdyż „ograniczone w swych codziennych kontaktach do obcowania z rówieśnikami o podobnych możliwościach uczenia się, wzrastałyby w przeświadczeniu o normalności świata pozbawionego ludzi niepełnosprawnych" (Bogucka, Kościelska 1994, s. 5). Jeśli nam się uda, także osoby upośledzone umysłowo będą mogły, niezależnie od profilu szkoły, realizować się na miarę swoich możliwości, nie będą się czuły odrzucone czy wyobcowane.

Omawiając zagadnienie przestrzeni życiowej niepełnosprawnych intelektualnie, nie sposób pominąć wyobrażeń nastolatków na temat własnej niepełnosprawności. Osoba upośledzona umysłowo często czuje się gorsza, bardziej niż inni zależna od otoczenia. Małgorzata Kościelska opisuje subiektywny obraz upośledzenia na trzy sposoby: upośledzenie jako uzależnienie, jako udaremnienie oraz jako cierpienie (Kościelska 2000, s. 9–40).

Świadomość ograniczeń powodowanych upośledzeniem potwierdzają liczne badania (por. m.in. Witkowski 1993; Bogdan 1997; Minczakiewicz 1999). Osoby upośledzone umysłowo często zdają sobie sprawę z własnego defektu, co wpływa na kształtowanie się obrazu własnej osoby, a także na proces samooceny i samoakceptacji. Samoświadomość ograniczeń może zarówno pomagać w rozwoju mechanizmów samodoskonalących, jak i hamować aktywność, a tym samym rozwój jednostki (Pilecka, Pilecki 1996; Witkowski 1998). Uważa się, że samoocena osób upośledzonych często jest nieadekwatna. W przypadku osób upośledzonych w stopniu lekkim najczęściej spotyka się ocenę zawyżoną (Kościelak 1989; Pilecka 1990; Olszewski 1995; Janiszewska-Nieścioruk 2003).

Charakterystycznym elementem spostrzegania świata i swojego w nim miejsca przez osoby upośledzone umysłowo jest lęk w różnych postaciach: związany z poczuciem inności i napiętnowania (Mikrut 1995), wynikający z nieumiejętności komunikowania swoich potrzeb (Bobek 1989), będący rezultatem braku umiejętności radzenia sobie z porażkami oraz spowodowany niemożnością zrozumienia świata (Zachara, Dobosiewicz 1987).

Badania dotyczące percepcji własnej przestrzeni życiowej przez młodzież upośledzoną umysłowo (Dołega 1999) pokazały, że procesem tym rządzą te same prawidłowości co u osób pełnosprawnych. Należy jedynie pamiętać, że w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie ważna rola przypada czynnikom środowiskowym, które hamują aktywność własną jednostki. Dlatego też odpowiednie działania aktywizujące ze strony otoczenia mogą w znacznym stopniu zapobiec negatywnym skutkom upośledzenia umysłowego, pomagając w poznaniu i zrozumieniu otaczającego świata (Wojciechowski 1990; Kosakowski 1996).

PAMIĘTAJMY

- ✓ Rodzina i rówieśnicy mają znaczący wpływ na osiąganie dojrzałości przez dorastających z niepełnosprawnością intelektualną.
- ✓ Mimo że dorastający z ograniczoną sprawnością umysłową różni się od swoich pełnosprawnych rówieśników, potrzebuje kontaktu z nimi.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- ✓ W okresie dorastania wszystkie ograniczenia stają się szczególnie jaskrawe, co wywiera znaczny wpływ na sytuację społeczną nastolatków upośledzonych umysłowo.
- ✓ Środowisko społeczne dorastających z upośledzeniem umysłowym powinno być zróżnicowane – koniecznym warunkiem prawidłowego rozwoju jest kontakt zarówno z pełnosprawnymi, jak i niepełnosprawnymi rówieśnikami.
- ✓ Samo włączenie dziecka niepełnosprawnego do grupy rówieśniczej nie przesądza jeszcze o jego integracji. Należy zachęcać dorastających do aktywnego uczestnictwa w grupie rówieśniczej.
- ✓ Nigdy nie rezygnujmy z pracy nad zwiększeniem samodzielności dorastających z upośledzeniem umysłowym.
- ✓ Wzmacnianie kompetencji społecznych w znaczący sposób wspiera rozwój, dlatego poszerzajmy umiejętności komunikacyjne i wspierajmy działanie w grupie.
- ✓ Samodzielność i niezależność rodzi się w trudach. Niewolniczo posłuszny swoim rodzicom i wychowawcom dorastający nie pozna ani nie zrozumie granic, nie będzie wiedział, kim jest i czego chce.
- ✓ Samoocena to ważny element przestrzeni życiowej dorastających. Zamiast skupiać się na słabych stronach i ograniczeniach dziecka, starajmy się podkreślać to, co jest w nim dobre. Osiągniemy wtedy znacznie więcej.

ZALECANA LITERATURA

Jackson L. (2005). *Świry, dziwadła i zespół Aspergera*. Warszawa: Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna.

Janiszewska-Nieścioruk Z. (2007). *Problemy edukacji integracyjnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Olechnowicz H. (1999). *U źródeł rozwoju dziecka – o wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego.* Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Sobolewska A. (2006). *Cela. Odpowiedź na zespół Downa*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.

Steede K. (2000). *10 błędów popełnianych przez dobrych rodziców*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

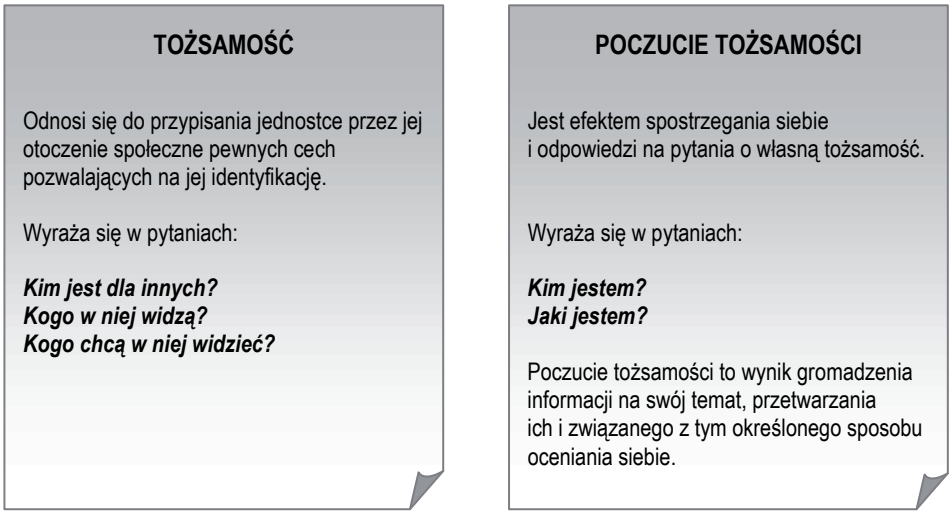
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Rozdział 4

Specyfika kształtowania się tożsamości niepełnosprawnych intelektualnie adolescentów

Dorastanie to czas w życiu człowieka, który w teorii Erika H. Eriksona (2002; 2004) jest określany mianem „piątego kryzysu". Kryzys ten ma związek z kształtowaniem się tożsamości. Nastolatek musi zaakceptować swoją odrębność oraz rozpoznać własne potrzeby, pragnienia i indywidualny system znaczeń. Stopniowe odchodzenie od marzeń i wartości wyznawanych przez rodziców oraz rówieśników jest niezbędne, by uformować własną tożsamość. Osiągnięcia adolescencji związane z kształtowaniem tożsamości mają kluczowe znaczenie dla funkcjonowania jednostki w kolejnych fazach życia.

Tożsamość nie jest zjawiskiem jednowymiarowym, lecz obejmuje wiele aspektów strukturalnych. Można ją bowiem analizować zarówno w wymiarze subiektywnego doświadczenia (poczucie tożsamości), jak i w wymiarze treściowym (tożsamość) (Goffman 1981).


TOŻSAMOŚĆ
Odnosi się do przypisania jednostce przez jej otoczenie społeczne pewnych cech pozwalających na jej identyfikację.
Wyraża się w pytaniach:
Kim jest dla innych?
Kogo w niej widzą?
Kogo chcą w niej widzieć?
POCZUCIE TOŻSAMOŚCI
Jest efektem spostrzegania siebie i odpowiedzi na pytania o własną tożsamość.
Wyraża się w pytaniach:
Kim jestem?
Jaki jestem?
Poczucie tożsamości to wynik gromadzenia informacji na swój temat, przetwarzania ich i związanego z tym określonego sposobu oceniania siebie.

Ryc. 18. Tożsamość a poczucie tozsamości

Źródło: opracowanie własne.

Poczucie tożsamości to poczucie bycia sobą mimo zachodzących zmian, to postrzeganie identyczności własnej osoby mimo upływającego czasu i poczucie, że inni tę jedność uznają (Erikson 2002; 2004). Tożsamość to poczucie „orienta-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

cji co do tego, kim się jest i jakie jest własne miejsce na świecie" (Jarymowicz, Szustrowa 1980, s. 440).

Przyjmuje się również istnienie trzech wymiarów tożsamości – poczucia tożsamości, autokoncepcji i zachowania (por. Miluska 1996). Poczucie tożsamości to z jednej strony umiejętność rozróżniania między „ja" a „nie-ja", z drugiej doświadczanie ciągłości pomiędzy tym, kim się było w przeszłości, a tym, kim jest się teraz, to także poczucie, że wie się, dokąd się zmierza. Doświadczenie ciągłości tworzy się na podstawie autokoncepcji, czyli wewnętrznego zbioru cech, które jednostka sobie przypisuje. Mamy do czynienia z wiedzą o sobie jako efektem autopercepcji i samooceny. Opiera się ona na własnych doświadczeniach i sądach innych. Poczucie tożsamości i autokoncepcja znajdują natomiast wyraz w specyficznym dla jednostki sposobie zachowania, który stanowi behawioralny aspekt tożsamości.

Reasumując, na poczucie tożsamości jednostki składają się:

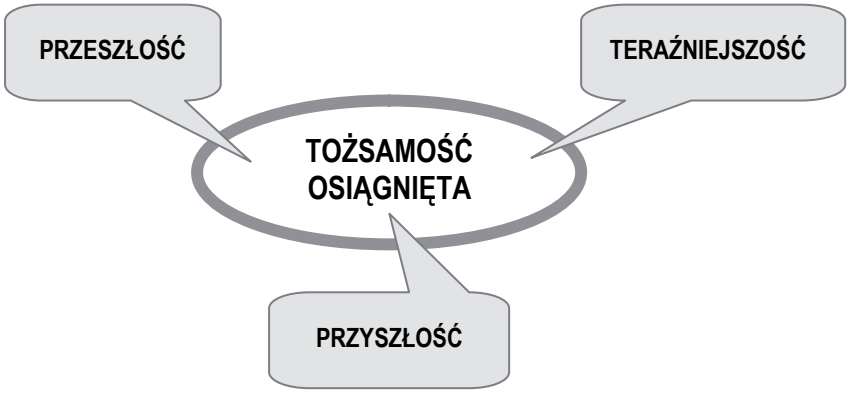
- **poczucie odrębności** – dostrzeganie granic pomiędzy sobą a drugim człowiekiem w sensie fizycznym, a także postrzeganie siebie jako odrębnej psychicznie jednostki;
- **poczucie identyczności** – poczucie jedności („to też ja") niezależnie od sytuacji, w jakiej się znajduje, i ról, jakie musi pełnić;
- **poczucie ciągłości** – w perspektywie czasowej jednostka nie tylko spostrzega siebie jako zmieniającą się całość, leż także potrafi wyodrębnić elementy stałe i dla niej charakterystyczne;
- **poczucie integralności** – przekonanie, że różne role i zadania składają się na pewną całość, pasują do siebie („to zawsze ja").

Formowanie się poczucia tożsamości ma wymiar społeczny i indywidualny. W wymiarze społecznym dominuje tendencja do upodabniania się do członków grupy, co służy uzyskaniu akceptacji i potwierdzeniu przynależności. Kształtowanie się tożsamości w wymiarze indywidualnym wiąże się z rozpoznaniem i akceptowaniem swojej odrębności i swoich niepowtarzalnych potrzeb.

4.1. Tożsamość – rozwój i znaczenie

W adolescencji następuje przebudowa struktury osobowości charakterystycznej dla dzieciństwa w strukturę człowieka dorosłego. Oznacza to, że dotychczasowa równowaga zostaje naruszona i musi zostać powtórnie skonstruowana. Osiąganie nowego stanu równowagi odbywa się w wyniku reorganizacji obrazu samego siebie i samooceny. Erikson (2002; 2004) kluczową rolę w kształtowaniu dorosłej osobowości przypisuje kryzysowi tożsamości. Dorastający musi scalić dotychczasową wiedzę o sobie i zintegrować swoją przeszłość z teraźniejszością oraz określić swoją przyszłość.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436



Ryc. 19. Struktura tożsamości

Źródło: opracowanie własne.

Rozwiązanie kryzysu tożsamości zależy od:

- poczucia wewnętrznej identyczności i ciągłości,
- dostrzegania identyczności i ciągłości przez innych,
- potwierdzenia wyobrażenia o sobie w kontaktach interpersonalnych.

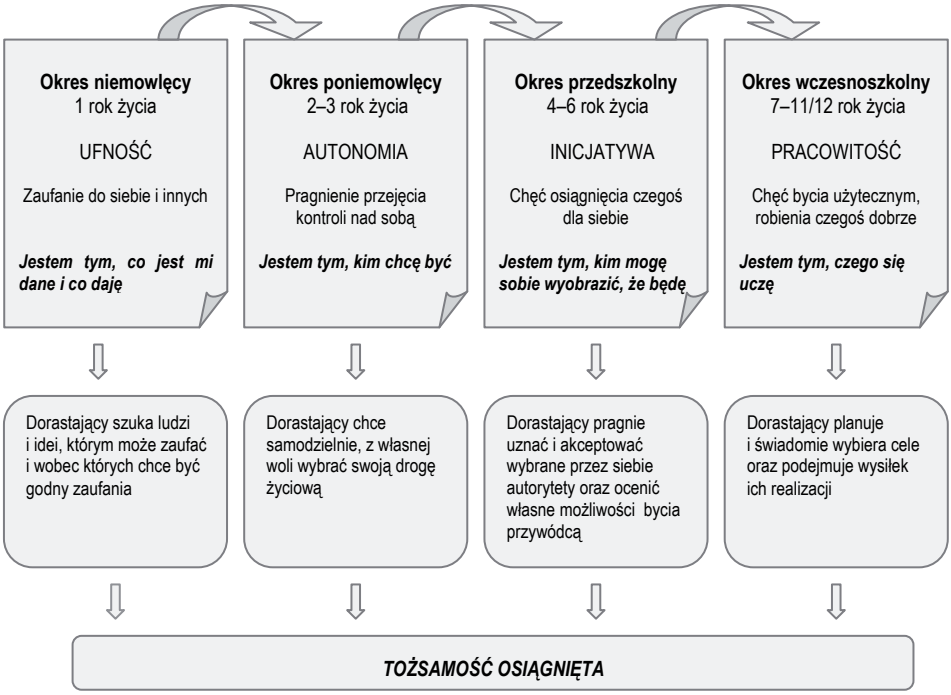
W trakcie poszukiwania własnej tożsamości nastolatek zdaje sobie sprawę, że wprawdzie przestał już być dzieckiem, ale jeszcze nie jest dorosłym. Dokonująca się integracja wiedzy o sobie to nie tylko wykorzystywanie identyfikacji z dzieciństwa, lecz także włączanie wcześniejszych doświadczeń w role oferowane młodemu człowiekowi przez społeczeństwo. Pojawiające się w świadomości nastolatka pytania o cel i sens życia mają charakter autorefleksji. Pytania „kim jestem?", „co chcę robić w przyszłości?" pobudzają samopoznanie i sprzyjają eksperymentowaniu w różnych obszarach. Stąd biorą się nowe zainteresowania, a także zmiany w hierarchii wartości i w relacjach interpersonalnych. Wiąże się to z przeżywaniem konfliktu między pragnieniem samodzielności a lękiem przed odpowiedzialnością.

Zgodnie z koncepcją rozwoju psychospołecznego Eriksona (2002; 2004) zmiany rozwojowe pojawiają się w życiu człowieka od narodzin aż do śmierci. Autor kładzie nacisk na fakt, że człowiek nie żyje w „próżni społecznej". Jego procesy rozwojowe są wzmacniane bądź blokowane przez wpływy społeczne. Jednostka może jednak przezwyciężać ograniczenia poprzez samodzielne kształtowanie swego życia i nadawanie mu niepowtarzalnego sensu. Zdobywanie coraz większej autonomii trwa przez całe życie i przebiega na kontinuum od całkowitej zależności poprzez współzależność do niezależności (Pilecka, Pilecki 1996; Sękowska 2000).

Tożsamość w okresie dorastania rozwija się dzięki osiągnięciom rozwojowym faz wcześniejszych. Kryzysy poprzedzające dorastanie odgrywają w tym procesie istotną rolę (Erikson 2002; 2004). Postawy ukształtowane w toku przezwyciężania kryzysów mogą utrudniać bądź ułatwiać budowanie tożsamości w okresie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

adolescencji. Trwała tożsamość stanowi efekt kumulowania się pozytywnych doświadczeń w przezwyciężeniu wcześniejszych kryzysów. Nastolatek dzięki ukształtowanemu w okresie niemowlęcym zaufaniu do siebie i innych z ufnością poszukuje idei i ludzi, którym może zawierzyć. Natomiast inicjatywa i poczucie przedsiębiorczości (osiągnięcia średniego i późnego dzieciństwa) ułatwiają dorastającemu dokonywanie wyboru autorytetów i własnej drogi życiowej. Przewaga negatywnych doświadczeń przy przezwyciężaniu kryzysów – brak podstawowej ufności oraz poczucie wstydu, winy i niższości – zwiększa prawdopodobieństwo nasilenia się rozproszenia tożsamości.


Okres niemowlęcy
1 rok życia
UFNOŚĆ
Zaufanie do siebie i innych
Jestem tym, co jest mi dane i co daję
Okres poniemowlęcy
2–3 rok życia
AUTONOMIA
Pragnienie przejęcia kontroli nad sobą
Jestem tym, kim chcę być
Okres przedszkolny
4–6 rok życia
INICJATYWA
Chęć osiągnięcia czegoś dla siebie
Jestem tym, kim mogę sobie wyobrazić, że będę
Okres wczesnoszkolny
7–11/12 rok życia
PRACOWITOŚĆ
Chęć bycia użytecznym, robienia czegoś dobrze
Jestem tym, czego się uczę
Dorastający szuka ludzi i idei, którym może zaufać i wobec których chce być godny zaufania
Dorastający chce samodzielnie, z własnej woli wybrać swoją drogę życiową
Dorastający pragnie uznać i akceptować wybrane przez siebie autorytety oraz ocenić własne możliwości bycia przywódcą
Dorastający planuje i świadomie wybiera cele oraz podejmuje wysiłek ich realizacji
TOŻSAMOŚĆ OSIĄGNIĘTA

Ryc. 20. Wpływ dzieciństwa na kształtowanie tożsamości w okresie dorastania

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Erikson 2004.

Pokonywanie trudności związanych z kryzysem tożsamości wymaga czasu. Okres, w którym młody człowiek poznaje siebie, eksperymentuje w różnych dziedzinach aktywności, stara się zrozumieć, kim jest i kim chce zostać, Erikson określa czasem moratorium psychospołecznego. Proces kształtowania się poczucia tożsamości może zaburzać narzucanie młodemu człowiekowi konkretnych decyzji i ról, wprawdzie społecznie akceptowanych, ale nie zawsze atrakcyjnych dla dorastającego. Zarówno przedłużanie moratorium, jak i jego przedwczesne zakończenie utrudniają kształtowanie się tożsamości. Mogą spowodować, że jednostka nie określi się jednoznacznie i nie będzie potrafiła dokonać ostatecznych wyborów życiowych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

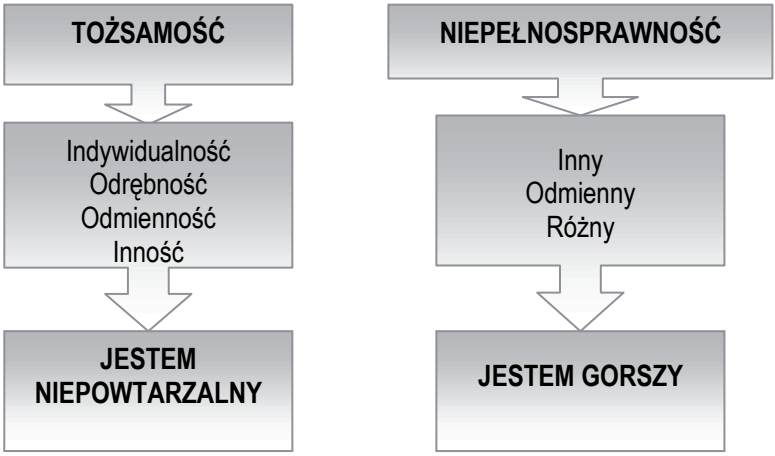
Inne niebezpieczeństwo dla budowania tożsamości związane jest z czynnikami generującymi tożsamość negatywną. Według Eriksona tożsamość negatywna to zbiór cech społecznie nieakceptowanych, lecz atrakcyjnych dla młodego człowieka. Jest to tożsamość wskazywana dorastającemu jako nie do przyjęcia, choć z jego punktu widzenia bardzo realna. Czynniki sprzyjające kształtowaniu się tożsamości negatywnej to bezwzględne, ostre nakazy i negatywne etykietowanie. Mogą one rodzić sprzeciw oraz prowadzić do odrzucenia osób znaczących i uznania negowanych treści za elementy tworzącej się tożsamości. Naznaczenie młodego człowieka negatywną etykietą (chuligan, przestępca, upośledzony) jest równoznaczne z jego społecznym odtrąceniem. Dlatego też ważnymi elementami procesu kształtowania tożsamości nastolatka są modelowanie pozytywnego stosunku do siebie, podkreślenie mocnych stron oraz kontrolowane przyzwolenie na popełnianie błędów.

4.2. Specyfika kształtowania się tożsamości osób niepełnosprawnych

Jednostka, określając siebie, porównuje się ze światem, a w szczególności z innymi ludźmi. Dostrzega podobieństwa i różnice. Zwykle stara się także podkreślać swoją odrębność. W sensie psychospołecznym jest to świadomość własnej indywidualności, a także swoich potencjalnych stanów w przyszłości. Jak już powiedziano, poczucie tożsamości człowieka wiąże się ze świadomością własnego istnienia, odrębności od otoczenia, wewnętrznej spójności, własnej wartości, autonomii i niezależności. Osoby niepełnosprawne nie mają problemów z dostrzeżeniem swojej odrębności. Jednak w ich przypadku poczucie odrębności nie gwarantuje wypracowania tożsamości opartej na poczuciu własnej wartości i świadomości własnych kompetencji. U niepełnosprawnych odrębny znaczy „inny", często również gorszy, tymczasem tożsamość buduje się nie tylko poprzez podkreślanie własnej odrębności, lecz także poprzez jej akceptowanie.

Zdaniem niektórych psychologów dostrzeganie własnej odrębności stanowi jeden z warunków określenia przez jednostkę jej tożsamości (zob. Jarymowicz, Szustrowa 1980; Jarymowicz 1984). Świadomość własnej indywidualności i spójności ma decydujący wpływ na poczucie tożsamości. Poczucia odrębności nie należy jednak utożsamiać z poczuciem inności. W pierwszym przypadku mamy z reguły na myśli niepowtarzalność jednostki, w drugim fakt, że różni się ona od innych. O ile poczucie odrębności jest elementem koniecznym do ukształtowania poczucia tożsamości, o tyle poczucie inności jako podstawa porównań społecznych może niekorzystnie wpływać na tożsamość jednostki. „Inność" danej osoby może być dwojaka: z jednej strony jednostka bywa postrzegana przez otoczenie jako „inna" i czuje się w pewien sposób naznaczona, z drugiej strony sama może odczuwać „inność", porównując się z otoczeniem.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436



Ryc. 21. Tożsamość a niepełnosprawność

Źródło: opracowanie własne.

Zygmunt Bauman (2001) łączy pojęcie tożsamości z możliwością sprawowania kontroli nad swoim życiem. Znaczna część osób niepełnosprawnych nie ma takiej możliwości i z góry skazuje się je na bierne uczestnictwo w życiu. Bauman uważa, że obecnie jednostka ma znacznie większy wpływ na tworzenie własnej tożsamości niż dawniej. Dzieje się tak poprzez dokonywanie wyborów i szeroko zakrojoną identyfikację, która pozwala na „zrzucenie" starej i „zdobycie" nowej tożsamości w zmieniającej się rzeczywistości. Większość ludzi ma możliwość dokonywania wyboru, ale część osób niepełnosprawnych jest skazana jedynie na „przydział tożsamości". Postrzeganie siebie jako osoby niesprawnej (innej, gorszej) bądź społeczna etykieta takiej osoby pozbawia możliwości dokonywania swobodnych wyborów. Reasumując, o tożsamości decyduje albo poczucie inności, albo środowisko społeczne.

W świetle powyższych uwag ważne wydaje się zagadnienie dorastania do życia z innością, której jedną z odmian jest niepełnosprawność. Inność często bywała i nadal bywa synonimem obcości, a odczuwanie zarówno cudzej, jak i własnej inności było i nadal jest jednym z najtrudniejszych doświadczeń emocjonalnych i społecznych. Możemy powiedzieć o sobie: „jestem kobietą", „jestem mężczyzną", „jestem osobą niepełnosprawną". Każda z tych odpowiedzi na pytanie o własną tożsamość składa się minimum z dwóch warstw: biologicznej (bo wyróżniamy się określonymi właściwościami biologicznymi) i społeczno-kulturowej (bo dopiero w tym kontekście właściwości biologiczne nabierają znaczenia).

Podobnie jak bycie kobietą w sensie biologicznym nie przesądza o społecznej roli kobiety, bycie jednostką z defektami biologicznymi nie przesądza ostatecznie o obcości. Dopiero pojawienie się w biografii tak zwanego negatywnego sprzężenia zwrotnego (Kościelska 2000), czyli nakładania się i wzmacniania czynników

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

biologicznych, psychologicznych i społecznych, może uruchomić proces patologizacji rozwoju. Jeśli niepełnosprawność jest widoczna dla otoczenia, dominuje w społecznej percepcji, to wpływa na zmianę oczekiwań, reakcji, sposobów komunikowania się i zmniejsza gotowość do wchodzenia w indywidualne relacje z osobą upośledzoną umysłowo. Właśnie w takich warunkach jednostka odkrywa własną niepełnosprawność.

Jeżeli niepełnosprawnych będzie się postrzegać jako osoby bezwartościowe, które ze względu na uwarunkowania fizyczne, psychiczne czy społeczne nie mogą brać udziału w „normalnym" życiu, będą zmuszeni nie tylko do przyjęcia roli „upośledzonych", lecz także do akceptacji własnej inności. Może to wywrzeć niekorzystny wpływ na ich poczucie tożsamości.

Należy zastanowić się, czy percepcja siebie jako „innego" stwarza warunki, w których można kształtować tożsamość i uczyć się życia z niepełnosprawnością. Można mieć w tym zakresie uzasadnione wątpliwości. Pewne jest właściwie tylko to, że dziecko, które urodziło się niepełnosprawne, kiedyś przejdzie z dzieciństwa do dojrzałości. Kwestią otwartą pozostaje, z jakim bagażem doświadczeń upośledzony wejdzie w dorosłość. Jakie wzorce spełniania ról, zadań, nauki, percepcji i interpretacji świata zostaną mu zaprezentowane? W jakim stopniu jego świat zostanie „nagięty" do świata ukształtowanego przez innych (zdrowych) dla osób niepełnosprawnych? Co będzie podstawą jego percepcji siebie wśród innych i podstawą oceny samego siebie? Dla osoby niepełnosprawnej świadomość własnej „inności" stwarza sytuację, w której może dochodzić do dewaloryzacji tożsamości i kształtowania się tożsamości negatywnej. Jak pisze Hanna Malewska-Peyre, pojęciem dewaloryzacji określa się „uczucie bezsilności, przykrości istnienia, przekonanie, że jest się gorszym od innych, że nasza aktywność jest niewiele warta, że brak nam zalet i uzdolnień" (1992, s. 45).

Beatrice Wright (1965, s. 202) uważa, że w okresie dorastania u młodzieży niepełnosprawnej na skutek „identyfikacji z surowymi i wyidealizowanymi zasadami dotyczącymi właściwej roli życiowej danej płci" wzrasta znaczenie wyglądu fizycznego oraz świadomość anomalii fizycznych, co prowadzi do trudności przystosowawczych. Wynika z tego, że potrzeba podtrzymania pozytywnego wizerunku na tym etapie życia może wyjaśnić przeżywanie przez niepełnosprawną młodzież kryzysów tożsamościowych (zob. Obuchowska 1996).

Wzrost znaczenia wyglądu zewnętrznego w tworzeniu się pojęcia „ja" (kształtowaniu tożsamości) w okresie dorastania jest spowodowany kilkoma czynnikami. Po pierwsze, zmiany fizyczne okresu dorastania powodują zmianę stosunku otoczenia do jednostki. Z tego powodu osoby lepiej rozwinięte fizycznie oceniane są jako bardziej gotowe do wykonywania różnych czynności charakterystycznych dla wieku dojrzałego niż osoby mniej rozwinięte fizycznie. Po drugie, sprawność fizyczna i wygląd zewnętrzny stanowią podstawę procesu identyfikacji nastolatków z wyidealizowanymi pojęciami dotyczącymi przyszłych ról życiowych. Po trzecie, w okresie dorastania młodzi ludzie mają skłonność do uważania się za jednostki całkowicie ukształtowane pod względem fizycznym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

W świetle powyższych uwag słuszny wydaje się pogląd, że osoby niepełnosprawne w okresie dorastania są w sposób szczególny zagrożone niską samooceną oraz brakiem akceptacji swojego wyglądu zewnętrznego i możliwości fizycznych. Niska akceptacja swojego wyglądu zewnętrznego (duża rozbieżność pomiędzy „ja realnym" a „ja idealnym") może być wynikiem konfliktu między dążeniem do posiadania znaczenia a poczuciem niewielkiej wartości. Może to spowodować nieadekwatność poziomu aspiracji życiowych dorastających niepełnosprawnych i prowadzić do rezygnacji z ubiegania się o własną tożsamość.

Maria Gołaszewska uważa, że pytania egzystencjalne młodzieży niepełnosprawnej są podobne jak u osób zdrowych, ale pojawia się w nich moment poczucia niezawinionego cierpienia, poczucia winy, niesprawiedliwości, ciężaru życia. Ten szczególny rys psychiki osób niepełnosprawnych określa ona mianem „współczynnika nadwrażliwości egzystencjalnej" (Gołaszewska 1998, s. 21).

Młodzież niepełnosprawna często zadaje sobie pytania egzystencjalne o sens istnienia: „jak mam żyć?", „po co żyję?", „jaki jest cel i przeznaczenie mojego istnienia?". W wersji zindywidualizowanej i uszczegółowionej są to pytania: „po co mam żyć, skoro nie widzę, skoro nie mogę założyć rodziny?", „jak mogę się przydać innym, jeśli wciąż napotykam ograniczenia nie do pokonania?" (Gołaszewska 1998). Rozterkom tym towarzyszy znaczne napięcie psychiczne natury emocjonalno-intelektualnej. Powoduje ono, że wielu młodych niepełnosprawnych nie potrafi poradzić sobie z problemami życiowymi, lękami egzystencjalnymi i uaktywnia mechanizmy obronne. Niektóre z nich, na przykład mechanizmy zaprzeczania, regresji czy fiksacji, skazują upośledzonych na jeszcze większe nieprzystosowanie, gdyż powodują ograniczenie aktywności własnej w nabywaniu poczucia tożsamości i planowaniu dalszego życia. Dorastający niepełnosprawni w ten sposób tracą szansę na znalezienie odpowiedzi na pytania „kim jestem?" i „kim będę?" oraz na wyjście z ukrycia. Trudności określenia samego siebie na drodze refleksji o swojej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości nie mogą pozostać bez wpływu na całokształt rozwoju dorastającej osoby niepełnosprawnej.

4.2.1. Pytanie o kryzys tożsamości w obliczu ograniczonej sprawności intelektualnej

Problematyka tożsamości i rozwoju samoświadomości w odniesieniu do osób upośledzonych umysłowo jest w literaturze przedmiotu słabo reprezentowana. Wynika to z trudności związanych z badaniem tego aspektu osobowości. Poczucie tożsamości ma naturę subiektywną, językowe i intelektualne deficyty osób niepełnosprawnych utrudniają więc zastosowanie dostępnych metod badawczych.

Poczucie tożsamości jednostki kształtuje się na różnych poziomach. Poziom podstawowy to doświadczenie własnej cielesności poprzez odczucia fizjologiczne, lokalizację siebie w przestrzeni czy świadomość istnienia w czasie. Poziom wyższy wiąże się ze zjawiskami psychicznymi, zdawaniem sobie sprawy z własnych procesów psychicznych, poczuciem posiadania określonych cech i możli-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

wości, a także świadomością odrębności od innych (Cibor 2005). U osób niepełnosprawnych intelektualnie poczucie tożsamości może mieć różny charakter. W skrajnych przypadkach może ograniczać się jedynie do tożsamości cielesnej.

Kształtowanie poczucia tożsamości w przypadku upośledzonych intelektualnie to proces bardzo złożony. Na poziomie cielesnym obejmuje przede wszystkim działania zmierzające do wypracowania podstawowej kontroli czynności fizjologicznych (Cibor 2005). Oprócz tego należy zająć się higieną osobistą i wyglądem zewnętrznym. Potrzebna jest tutaj cierpliwość, systematyczność i rozwaga. Ubieranie osoby niepełnosprawnej intelektualnie w sposób uwzględniający jedynie jej możliwości umysłowe, czyli utrwalenie wizerunku „wiecznego dziecka", wynika z niezrozumienia roli wyglądu dla kształtowania się pojęcia „ja". Osoba ubrana jak dziecko zachowuje się jak dziecko i myśli o sobie jako o dziecku.

Ważnym czynnikiem kształtującym poczucie tożsamości indywidualnej jest przestrzeń osobista, która stanowi obszar prywatny (Cibor 2005). Często nie szanujemy prywatności osób niepełnosprawnych intelektualnie, nie dajemy im prawa do tajemnic czy rzeczy osobistych (dla nas są to rzeczy zbędne bądź po prostu śmieci). Rozszerzamy kontrolę do maksimum, zwłaszcza w placówkach opiekuńczych. Na poczucie tożsamości oddziałuje także sposób, w jaki zwracają się do człowieka ludzie w jego otoczeniu. Mogą traktować go jako niezależną indywidualną jednostkę bądź zwracać się do niego i mówić o nim w formie bezosobowej. Przedmiotowe traktowanie i bezosobowa komunikacja nie sprzyjają procesowi wyodrębniania z otoczenia i tworzenia się poczucia „ja", które stanowi niezbędny element kształtowania się tożsamości osoby upośledzonej umysłowo (Cibor 2005).

Przezwyciężenie kryzysu tożsamości w adolescencji w dużym stopniu zależy od powstania i wzmocnienia struktury „ja" we wcześniejszych okresach rozwojowych. Dlatego powinniśmy podejmować działania sprzyjające budowaniu „ja" osób niepełnosprawnych intelektualnie, gdy jeszcze są dziećmi. Mogą nam w tym pomagać:

- **tworzenie stabilnego środowiska fizyczno-społecznego** – daje to dziecku/dorastającemu z ograniczoną sprawnością umysłową szanse na zdobycie nad nim kontroli poznawczej. Obowiązuje przy tym zasada stałości miejsca i czasu, a także rytualizacja zachowań społecznych. Im słabsze „ja", tym większa stałość i rutyna. W miarę formowania się „ja" cierpliwie i powoli wprowadzamy zmiany;
- **tworzenie klimatu emocjonalnego spokoju** – życzliwość, akceptacja, zainteresowanie potrzebami osoby upośledzonej i niedopuszczenie do nadmiernego przywiązania. Zachowanie osoby niepełnosprawnej nie powinno zależeć od naszych emocji i nie może być wykorzystywane do ich prowokowania;
- **osobowe traktowanie** – stałe dostrzeganie potrzeb dziecka/dorastającego, uwzględnianie gotowości do kontaktu, poszanowanie wszystkich aspektów funkcjonowania, także tych odbiegających od ogólnie przyjętej normy;
- **relacja dwupodmiotowa** – umożliwienie decydowania o własnej aktywności, szanowanie decyzji i wyborów osoby niepełnosprawnej intelektualnie;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- **budowanie samoświadomości** – może polegać na ćwiczeniach z ciałem (zob. Sherborne 1999) bądź przed lustrem (rozpoznawanie siebie), a także na wysyłaniu komunikatów zwrotnych o skutkach działań podejmowanych przez niepełnosprawnych intelektualnie;
- **ustalanie i tworzenie granic „ja"** – praca nad relacjami rodzic–dziecko, dorosły–dziecko, terapeuta/wychowawca–dziecko połączona z regulowaniem dystansu pomiędzy dzieckiem a innymi osobami (Kościelska 1991).

Dorastający z niepełnosprawnością intelektualną często utrzymują kontakt jedynie z najbliższą rodziną. Przez długi czas nie doświadczają satysfakcjonujących relacji społecznych, które pomogłyby im skutecznie rozwijać tożsamość. Sprawia to, że boją się nowych doznań, spodziewając się porażek. Nie potrafią spojrzeć na siebie w sposób adekwatny, rzadko podejmują trud postawienia sobie pytań: „kim jestem?", „co potrafię?", „co mogę zrobić dla innych i dla samego siebie?". Tymczasem w procesie kształtowania się poczucia tożsamości wiele zależy od integracji i identyfikacji siebie z pełnioną rolą społeczną lub efektem podejmowanych działań, co wpisane jest w uczestnictwo w życiu społecznym (Kościelska 2000).

W procesie tworzenia tożsamości ważną rolę odgrywa związek jednostki ze społecznością, do której należy. Chodzi tutaj nie tylko o doświadczanie samego siebie w relacjach społecznych, lecz także o doznawanie obecności innych ludzi (zarówno pozytywnej, jak i negatywnej), przejawów akceptacji bądź jej braku, a także tolerancji lub nietolerancji dla wszelkich przejawów odmienności. W okresie dojrzewania młoda osoba upośledzona umysłowo uświadamia sobie w pełni różnicę pomiędzy sobą a osobami pełnosprawnymi. Świadomość własnej odmienności w sferze fizycznej, intelektualnej i wolicjonalnej sprzyja budowaniu tożsamości niepożądanej, naznaczonej, negatywnej. Tożsamość negatywna dorastających w obliczu upośledzenia umysłowego to tożsamość osoby bez zalet z mnóstwem wad, osoby słabej, mało zdolnej, nierozumnej, osoby bez przyszłości. Tak ukształtowana tożsamość blokuje motywację i sprzyja zachowaniom negatywnym (Minczakiewicz 2004).

Żeby temu zapobiec, należy rozwijać u osób z niepełnosprawnością intelektualną kompetencje do podmiotowego uczestnictwa w życiu społecznym. Jednym z czynników, który ma wpływ na rozwój kompetencji społecznych, są aspiracje (Kosakowski 2003). Stanowią one jeden z motywów naszego działania. Mogą dotyczyć zarówno osobistych, jak i społecznych celów działania jednostki, również jednostki niepełnosprawnej intelektualnie. Według Andrzeja Janowskiego (1977) aspiracje to w miarę trwałe i względnie silne życzenia jednostki dotyczące jej przyszłego życia, jego właściwości lub stanów, to określone zamierzenia i plany na przyszłość.

Wielowymiarowy charakter aspiracji sprawia, że mają one dla jednostki wiele znaczeń i mogą być doświadczane na różnych poziomach. Badania Teresy Żółkowskiej (2005) pokazały, że najważniejsze aspiracje osób z głębszym upośledzeniem umysłowym wiążą się z rodziną (związek z osobą płci przeciwnej, potrzeba bliskości, przyjaźni, wsparcia), pracą (posiadania pracy i pieniędzy), miejscem pobytu (posiadanie mieszkania) i stosunkami społecznymi (z rodzicami,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

opiekunami, rówieśnikami). Są to tak zwane aspiracje aktualistyczne. W zakresie aspiracji perspektywicznych, w których uzewnętrznia się świat wartości jednostki, jej zainteresowania i zamiłowania, badane osoby najczęściej deklarowały chęć założenia rodziny i posiadania dzieci. W dalszej kolejności osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną wymieniały swoje aspiracje związane z pracą zawodową, organizacją czasu wolnego i chęcią posiadania dóbr materialnych.

Należy pamiętać, że w przypadku osoby niepełnosprawnej intelektualnie wykształcenie dojrzałej tożsamości zależy nie tylko od jej właściwości psychofizycznych, lecz także od norm, praw i akceptowanych społecznie zasad funkcjonowania społecznego. Chodzi przede wszystkim o zasady dające szansę na podmiotowe, wolne i równoprawne życie osoby z niepełnosprawnością intelektualną (Żółkowska 2007).

Przebieg procesu kształtowania się poczucia tożsamości osób z niepełnosprawnością umysłową może zakłócać rehabilitacja nastawiona na chronienie i izolowanie, a nie integrowanie i uniezależnianie. Bardzo często w ramach rehabilitacji oferuje się osobom upośledzonym umysłowo bądź przebywanie w domu, bądź pobyt w placówkach, w których opieka i rehabilitacja jest wprawdzie na wysokim poziomie, ale terapia przebiega w izolacji od codziennych spraw i problemów (Kwiatkowska 2003; Żółkowska 2006a).

Według Małgorzaty Kwiatkowskiej (2003) placówki opieki środowiskowej to „bombonierki", w których osoby niepełnosprawne intelektualnie najczęściej uczą się być artystami, a nie pełnoprawnymi członkami społeczności. Wykorzystywanie możliwości twórczych to ważny element terapii, ale nie może stanowić podstawowej lub wręcz jedynej formy rehabilitacji. Co stanie się z takimi osobami, kiedy nie będzie im już przysługiwała ta forma pomocy? Do czego przyda im się po śmierci rodziców umiejętność malowania, wyszywania czy lepienia z gliny, jeśli nie będą potrafiły wykonywać podstawowych czynności w codziennym życiu?

W procesie formowania tożsamości dojrzałej ważne miejsce zajmuje poszukiwanie identyfikacji zawodowej. Poszukiwanie swojego miejsca na rynku pracy wiąże się z formułowaniem planów na przyszłość, wymaga świadomego wyboru celu oraz konsekwencji w realizacji podjętych zobowiązań. Młodzież odczuwa potrzebę udziału w przedsięwzięciach ważnych nie tylko dla niej, lecz także dla całego społeczeństwa. Z tej perspektyw wybór zawodu należy w okresie dorastania do najważniejszych problemów do rozwiązania (Erikson 2002; 2004). Podjęcie aktywności zawodowej to jeszcze jeden z czynników warunkujących jakość życia jednostki w okresach późniejszych. Praca stanowi bowiem jedno z najważniejszych zadań okresu dorosłości (Przetacznik-Gierowska 2002).

Dorastającym z niepełnosprawnością intelektualną odkrywanie tożsamości zawodowej przychodzi z wielkim trudem. Czynniki, które o tym decydują, można podzielić na indywidualne i społeczne. Czynniki indywidualne to brak samodzielności i inicjatywy, skłonność do naśladownictwa, sugestywność, a także obniżona zdolność samooceny. Z kolei spośród czynników społecznych możemy wymienić przedmiotowe traktowanie, ograniczanie autonomii, dostrzeganie wad,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

a nie zalet, oraz bardzo ograniczoną liczbę zawodów, które mogą wykonywać jednostki upośledzone umysłowo (Otrębski 2007).

> *Mimo niepełnosprawności każdy człowiek zachowuje określone zdolności, umiejętności i predyspozycje do nabywania i uczenia się różnych czynności i zawodów, żadna praca nie wymaga od człowieka, który ją wykonuje, wszystkich zdolności oraz sprawności fizycznych i psychicznych, w tym także intelektualnych.*
>
> (na podstawie: Hulek 1997, s. 24–25)

Ogrom problemów związanych z okresem dojrzewania biologicznego sprawia, że często zapominamy zadać dorastającym z niepełnosprawnością umysłową wielu ważnych pytań. Nie pytamy ich, kim chcą zostać i co potrafią robić. Skupiamy się na trudnej teraźniejszości, bagatelizując przyszłość. Tymczasem rewalidacja osób niepełnosprawnych intelektualnie może być zakończona dopiero, gdy zostaną przygotowane do samodzielnego życia społecznego. Uzyskanie zawodu dostosowanego do stopnia i rodzaju niepełnosprawności intelektualnej jest ważnym elementem tego procesu. Tożsamość zawodowa stanowi bowiem podstawę pełnej adaptacji do środowiska.

Ukształtowanie tożsamości zawodowej daje niepełnosprawnym intelektualnie sposobność podjęcia pracy, a tym samym polepszenia sytuacji bytowej i zwiększenia poczucia własnej wartości. Aktywność zawodowa to także szansa na rozwój osobowości i ograniczenie izolacji społecznej. Kształtowanie tożsamości zawodowej przebiega lepiej, jeśli niepełnosprawnemu zagwarantuje się pewien zakres autonomii i poczucie kontroli. Ponadto należy starać się zachować równowagę między wymaganiami wobec upośledzonych a możliwościami ich spełnienia (Otrębski 2007). Rodzice i nauczyciele, żeby wspomóc proces formowania się tożsamości zawodowej, powinni już w okresie dzieciństwa wspierać zachowania, które pozwolą niepełnosprawnym podjąć aktywność zawodową w dorosłym życiu.

Pamiętajmy, że niepełnosprawność intelektualna nastolatka nie zablokuje jego dalszego rozwoju, pod warunkiem że nie uniemożliwi mu samodzielnego funkcjonowania. Prawidłowy rozwój wymaga bowiem, aby otoczenie potrafiło w codziennych interakcjach w jak największym stopniu „abstrahować od ograniczeń". Jeśli zostanie spełniony powyższy warunek, to formowanie tożsamości zawodowej opierać się będzie na rozwoju perspektywy czasowej oraz budowaniu pewności siebie. Mniejsze zasoby i ograniczone możliwości nie uniemożliwią wtedy dokonywania wyborów, a jedynie ograniczą ich liczbę.

Niestety wielu rodziców, terapeutów i nauczycieli w procesie rehabilitacji stara się raczej wpajać osobom z ograniczonymi możliwościami intelektualnymi nadmierną zależność od innych. Poddają podopiecznych nadmiernej kontroli, ciągłemu treningowi posłuszeństwa i grzeczności. Uczą ich bierności i nagradzają za podporządkowanie się innym – tym mądrzejszym, sprawniejszym i lepszym. Sprzyja to kształtowaniu się wyuczonej bezradności i poczucia niższości. Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie trenują w ten sposób autonomii i niezależności ani w rodzinie, ani w szkole. Dziecko poddane takiemu wychowaniu staje się

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

ugrzecznioną osobą dorosłą, która nie jest w stanie wyrażać swoich prawdziwych uczuć i nie umie odnaleźć się w otaczającym ją świecie.

Dzieci i dorastający z niepełnosprawnością intelektualną powinni doświadczać właściwych relacji społecznych. Warto również, żeby nauczyli się dokonywania wyborów, żeby wiedzieli, na czym polegają samodzielne działania i jakie mogą być ich konsekwencje. Człowiek pozbawiony takich doświadczeń nie jest zdolny do samodzielnego życia. Nie możemy myśleć o niepełnosprawnym intelektualne jak o kimś, kto nic nie wie, nie rozumie, nie ma planów ani marzeń, być może nawet tożsamości. Należy tworzyć osobom z ograniczoną sprawnością intelektualną dostosowane do ich możliwości i ograniczeń warunki, które pozwolą na rozwój poczucia tożsamości, a tym samym pomogą osiągać równowagę pomiędzy własnymi potrzebami a oczekiwaniami społecznymi (Żółkowska 2006b).

4.3. Rola rodziców i wychowawców w kształtowaniu się poczucia tożsamości niesprawnych intelektualnie adolescentów

Z kształtowaniem się poczucia tożsamości u niepełnosprawnych intelektualnie wiąże się osiąganie autonomii i niezależności. W psychologii przez autonomię rozumie się związaną z godnością i wolnością potrzebę ukierunkowującą działania jednostki. W socjologii jest to zdeterminowane kulturowo i związane z rzeczywistością społeczną zjawisko, które urzeczywistnia się dzięki wartościom. Dla pedagogiki autonomia to samodzielność, niezależność i samostanowienie o sobie (Tylewska-Nowak 2001).

W odniesieniu do poszczególnych okresów życia jednostki możemy mówić o różnych rodzajach autonomii:

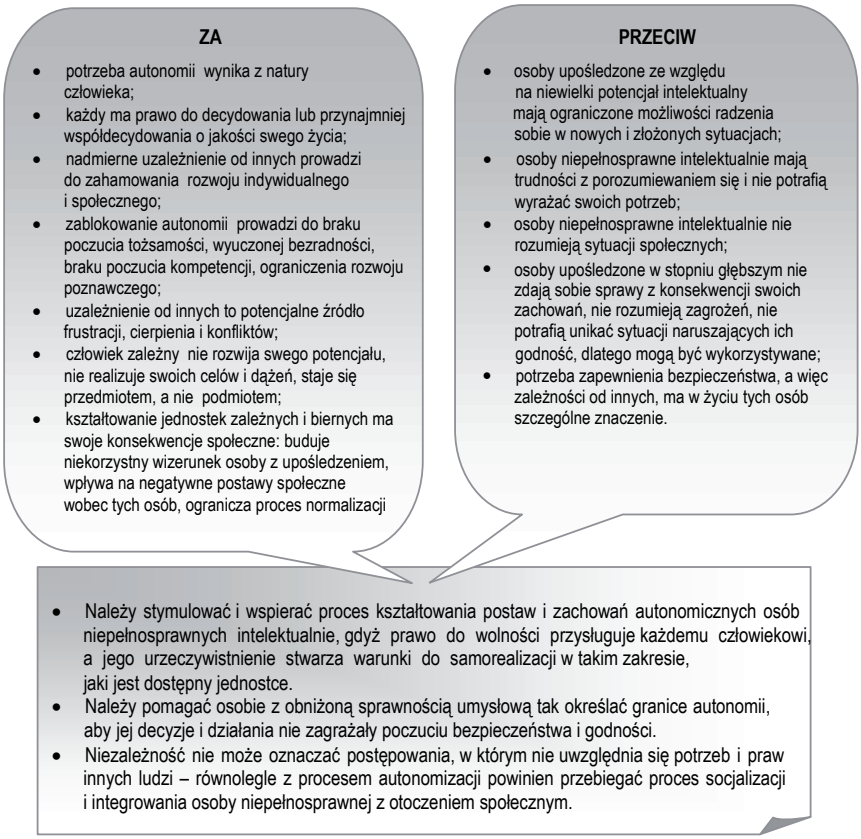
- **behawioralnej** – postępowanie niezależne od oczekiwań i oceny innych osób, jej przejawem może być styl ubierania się czy spędzania wolnego czasu;
- **emocjonalnej** – niezależność od czyjejś akceptacji, opieki bądź bliskości fizycznej, na przykład radzenie sobie bez rodziców;
- **poznawczej** – posiadanie własnego systemu wartości, indywidualnych ocen i celów, znajomość sposobów ich realizacji, a także ponoszenie konsekwencji własnych zachowań;
- **tożsamościowej** – poczucie własnej odrębności, niepowtarzalności oraz dostrzeganie różnic między „ja" a „inni";
- **instrumentalnej** – umiejętność samodzielnego wykonywania różnych czynności, a także sprawnego funkcjonowania w różnych środowiskach społecznych;
- **ekonomicznej** – zdolność do zapewnienia sobie bytu materialnego (Łapiński 1988).

Dochodzenie do autonomii, czyli wypracowywanie własnej tożsamości i realizowanie określonych zadań rozwojowych, jest procesem złożonym, ale z pewnością osiągalnym dla osób niepełnosprawnych umysłowo. Poczucie autonomii, a tym samym poczucie tożsamości osób z ograniczoną sprawnością intelektualną w znacznej mierze kształtują rodzice, wychowawcy i opiekunowie. Mniejszy

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

udział mają w nim sami niepełnosprawni. Tendencje do ograniczania samodzielności i niezależności upośledzonych przejawiają się w blokowaniu ich aktywności oraz nieuwzględnianiu ich możliwości i aspiracji w życiu osobistym, zawodowym czy społecznym. Dorastający niepełnosprawni umysłowo są więc zagrożeni ryzykiem ograniczania swobody w wyrażaniu potrzeb czy preferencji.

Niezależność jest wszakże jednym z najważniejszych atrybutów człowieczeństwa. Zależność od innych to czynnik hamujący rozwój jednostki. Decydowanie o sobie, o swoim postępowaniu stanowi motor rozwoju zarówno człowieka pełnosprawnego, jak i upośledzonego (Tylewska-Nowak 2001). Autonomia to złożone zjawisko. Wiąże się z psychicznymi, społecznymi i fizycznymi wymiarami funkcjonowania człowieka. Zaczyna się kształtować już w okresie niemowlęctwa, gdy następuje fizyczna separacja dziecka od otoczenia. Praca nad wspomaganiem autonomii osoby niepełnosprawnej intelektualnie powinna zacząć się jak najwcześniej i być traktowana jako integralny element oddziaływań wychowawczych, edukacyjnych i terapeutycznych. Istotą tych działań powinno być dążenie do autonomii przejawiającej się w świadomości i w samostanowieniu.


ZA
potrzeba autonomii wynika z natury człowieka;
każdy ma prawo do decydowania lub przynajmniej współdecydowania o jakości swego życia;
nadmierne uzależnienie od innych prowadzi do zahamowania rozwoju indywidualnego i społecznego;
zablokowanie autonomii prowadzi do braku poczucia tożsamości, wyuczonej bezradności, braku poczucia kompetencji, ograniczenia rozwoju poznawczego;
uzależnienie od innych to potencjalne źródło frustracji, cierpienia i konfliktów;
człowiek zależny nie rozwija swego potencjału, nie realizuje swoich celów i dążeń, staje się przedmiotem, a nie podmiotem;
kształtowanie jednostek zależnych i biernych ma swoje konsekwencje społeczne: buduje niekorzystny wizerunek osoby z upośledzeniem, wpływa na negatywne postawy społeczne wobec tych osób, ogranicza proces normalizacji
PRZECIW
osoby upośledzone ze względu na niewielki potencjał intelektualny mają ograniczone możliwości radzenia sobie w nowych i złożonych sytuacjach;
osoby niepełnosprawne intelektualnie mają trudności z porozumiewaniem się i nie potrafią wyrażać swoich potrzeb;
osoby niepełnosprawne intelektualnie nie rozumieją sytuacji społecznych;
osoby upośledzone w stopniu głębszym nie zdają sobie sprawy z konsekwencji swoich zachowań, nie rozumieją zagrożeń, nie potrafią unikać sytuacji naruszających ich godność, dlatego mogą być wykorzystywane;
potrzeba zapewnienia bezpieczeństwa, a więc zależności od innych, ma w życiu tych osób szczególne znaczenie.
Należy stymulować i wspierać proces kształtowania postaw i zachowań autonomicznych osób niepełnosprawnych intelektualnie, gdyż prawo do wolności przysługuje każdemu człowiekowi, a jego urzeczywistnienie stwarza warunki do samorealizacji w takim zakresie, jaki jest dostępny jednostce.
Należy pomagać osobie z obniżoną sprawnością umysłową tak określać granice autonomii, aby jej decyzje i działania nie zagrażały poczuciu bezpieczeństwa i godności.
Niezależność nie może oznaczać postępowania, w którym nie uwzględnia się potrzeb i praw innych ludzi – równolegle z procesem autonomizacji powinien przebiegać proces socjalizacji i integrowania osoby niepełnosprawnej z otoczeniem społecznym.

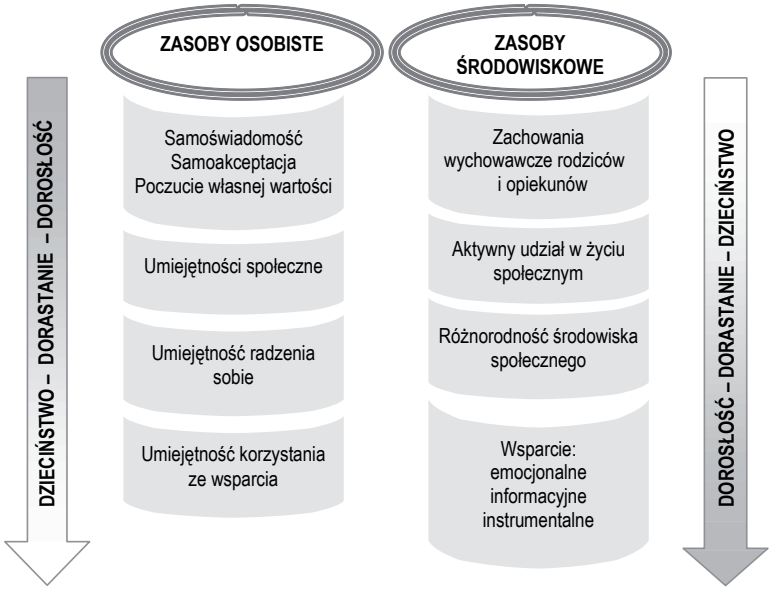
Ryc. 22. Za i przeciw autonomii osób niepełnosprawnych intelektualnie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Batko 2002.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Wśród osób, którym bliski jest problem wspierania rozwoju niepełnosprawnych intelektualnie, możemy znaleźć zarówno zwolenników, jak i przeciwników działania na rzecz autonomii podopiecznych. Osoby popierające rozwój autonomii zwracają uwagę na jej znaczenie w procesie rozwoju jednostki i związek z podstawowymi prawami człowieka. Przeciwnicy natomiast podkreślają wpływ ograniczonych możliwości intelektualnych na funkcjonowanie osób upośledzonych.

Czynniki, które bezpośrednio decydują o rozwoju autonomii osoby z upośledzeniem umysłowym, mogą tkwić bądź w niej samej, stanowiąc jej osobiste zasoby, bądź w jej najbliższym otoczeniu. Czynniki interakcyjne (środowiskowe) i osobowościowe wzajemnie na siebie wpływają. We wczesnych okresach życia o rozwoju autonomii decydują głównie czynniki interakcyjne, później natomiast czynniki osobowościowe (Pilecka, Pilecki 1996).



Ryc. 23. Wyznaczniki rozwoju autonomii

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Pilecka, Pilecki 1996.

Wśród czynników interakcyjnych szczególne znaczenie dla rozwoju autonomii dziecka niepełnosprawnego intelektualnie mają zachowania wychowawcze rodziców i opiekunów. Jeśli będą się charakteryzować akceptacją dziecka, zrozumieniem jego potrzeb i możliwości, to zachęcą do działania, a tym samym przyczynią się do rozwoju autonomii. Najbliżsi, którzy zaakceptują dziecko, jego sukcesy i porażki, będą też potrafili zachęcać je do ponownego podejmowania nawet czynności za pierwszym razem zakończonych niepowodzeniem. Kiedy rodzice dziecka niepełnosprawnego nie akceptują jego niepełnosprawności, podejmują próby, często mało racjonalne, zmiany zaistniałego stanu rzeczy. Tworzą

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

nieprawidłowy obraz dziecka, negując jego możliwości bądź wierząc w ich nagłą i niespodziewaną aktualizację.

Często źródłem satysfakcji dla rodziców przestaje być samo dziecko, a stają się nim postępy w jego rozwoju. Samo rodzicielstwo przestaje wystarczać. Sukces wychowawczy zaczyna być jednoznacznie utożsamiany z rozwojem podopiecznego. Powoduje to, że opiekunowie wpadają w pułapkę: przyzwolenie czy nadopiekuńczość. Z jednej strony starają się za wszelką cenę wspomóc rozwój dziecka, motywują je do aktywności i swobodnych działań, z drugiej ich obawy o zdrowie i bezpieczeństwo mogą hamować spontaniczność i ciekawość świata u wychowanków (Kulczyńska 2003). Akceptacja dziecka takiego, jakie ono jest, z jego możliwościami i ograniczeniami, pozwoli opiekunom zachować właściwe proporcje pomiędzy troską o zdrowie a troską o rozwój.

Ważnym wyznacznikiem rozwoju autonomii jest empatyczne zrozumienie; pozwala ono otoczeniu w sposób adekwatny reagować na zachowania dziecka, gdyż rozumie jego reakcje. Sprzyja to podejmowaniu przez opiekunów tak zwanych zachowań wyzwalających i podtrzymujących aktywność dziecka. Chodzi o to, aby oferować dziecku formy aktywności dostosowane do możliwości poznawczych i upodobań. Działania proponowane osobom niepełnosprawnym intelektualnie powinny pobudzać do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i je wspierać. Każda nowa forma aktywności to duże wyzwanie, ale dzięki niej dziecko/dorastający rozwija nieznane mu wcześniej umiejętności. Im więcej ról osoba z niepełnosprawnością intelektualną może podjąć, tym skuteczniej doskonali swoje umiejętności społeczne, tym bardziej wzrasta jej samodzielność, poczucie sprawstwa i oraz własnej wartości, co w konsekwencji sprzyja kształtowaniu się tożsamości (Pilecka, Pilecki 1996).

Kolejny ważny czynnik to kontakty osoby niepełnosprawnej umysłowo zarówno z pełnosprawnymi, jak i niepełnosprawnymi rówieśnikami. Jeżeli uczestniczymy stale w tej samej grupie, to nasze możliwości percepcji i oceny samego siebie z perspektywy różnych osób zostają ograniczone. W znaczący sposób utrudnia to prawidłowy przebieg tworzenia się obrazu własnej osoby. Zróżnicowanie środowiska sprawia, że dziecko ma większą autonomię. Przebywanie stale z tymi samymi osobami, w tych samych warunkach powoduje, że nie mamy potrzeby rozszerzania repertuaru własnych zachowań. W takiej sytuacji dziecko/dorastający z niepełnosprawnością umysłową ogranicza się do kilku przynoszących pożądany efekt komunikatów. Nie ma potrzeby wyrażania siebie, bo wszyscy znają jego lęki, awersje, preferencje.

W naszym życiu odgrywamy wiele ról, doświadczamy zarówno bycia osobą podrzędną, podporządkowaną, jak i sytuacji, w których znajdujemy się w relacji równorzędnej bądź nadrzędnej. Tymczasem osoba niesprawna intelektualnie bardzo często zna siebie jedynie z roli „pod". Zawsze jest kimś słabszym, osobą, którą trzeba się opiekować, której potrzebne jest wsparcie i pomoc. Widzi siebie jako osobę zależną. Takie doświadczenia mogą prowadzić do postawy roszczeniowej lub biernej. Osoby upośledzone umysłowo, przebywając w jednorodnym

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

otoczeniu, wypracowują nieadekwatny obraz siebie. Natomiast zbyt pozytywny bądź zbyt negatywny obraz nie spełnia funkcji regulacyjnej w zachowaniu.

Dorastający z upośledzeniem umysłowym, zwłaszcza w stopniu głębszym, dysponują bardzo dużą ilością wolnego czasu, lecz spędzają go często w sposób bierny. Zapełniają go schematycznymi, stereotypowymi czynnościami. Brak nowych doświadczeń prowadzi do zubożenia osobowości i izolacji społecznej. Powodem takiego stanu rzeczy jest często niechęć otoczenia zewnętrznego wobec przejawów samodzielnej aktywności osób upośledzonych. Wzbogacanie repertuaru zachowań, pokazywanie nowych form aktywności i motywowanie do różnych działań to niezbędne działania na rzecz poszerzania autonomii (Batko 2002).

> *Wychowanie ku autonomii to pomoc w wędrowaniu, czasami kroczeniu po wertepach, a niekiedy w błądzeniu po manowcach.*
> (Frąckowiak 1996, s. 179)

Wspieranie procesu rozwoju autonomii osób upośledzonych umysłowo to nie tylko dostarczanie wzorców funkcjonowania w różnych sferach życia. Należy także dbać, aby wzorce te zostały zinternalizowane i aby dziecko nauczyło się je wykorzystywać w różnych sytuacjach. Istotne jest również okazywanie wsparcia, w ten sposób upośledzony przekonuje się o swojej wartości i czuje, że nie jest sam ze swoimi problemami. Takie postępowanie zmniejsza zależność i zwiększa wiarę we własną skuteczność.

Z biegiem lat o rozwoju autonomii osoby niepełnosprawnej w coraz większym stopniu decydują struktury osobowościowe, które mają charakter poznawczy bądź instrumentalny. Wyznaczniki poznawcze autonomii to samoświadomość, samoakceptacja, poczucie własnej wartości i poczucie pewności siebie. Jeszcze do niedawna sądzono, że dzieci i młodzież niepełnosprawna intelektualnie mają ograniczone możliwości samopoznania. Ostatnie badania (Kościelska 1987) pokazują jednak, że kształtowanie się osobowości jednostek upośledzonych umysłowo przebiega według ogólnych praw rozwojowych – elementem różnicującym są warunki życia i wychowania, a nie ograniczenie rozwoju intelektualnego. Przedstawione powyżej prawidłowości można wykorzystać w praktyce, stosując się do następujących zaleceń:

- rozwijajmy u dzieci/dorastających z niepełnosprawnością intelektualną wyobraźnię i myślenie przyczynowo-skutkowe poprzez omawianie konkretnych sytuacji życiowych, filmy, literaturę. Pomaga to w zdobywaniu kompetencji w zakresie racjonalnego i odpowiedzialnego postępowania;
- utwierdzajmy zaufanie do samego siebie, na przykład przyzwalając na samodzielne podejmowanie decyzji;
- pozwólmy ponosić konsekwencje własnych wyborów. Osoba upośledzona powinna mieć prawo do przeżycia, doświadczania na sobie skutków własnych decyzji bez możliwości dowolnego ich zmieniania pod wpływem chwilowych impulsów. Stanowi to skuteczną metodę uświadamiania sobie znaczenia włas-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

nych wyborów. Pomaga w tym także przydzielanie stałych zadań i obowiązków oraz rozliczanie z ich wykonania. W ten sposób stwarzamy okazję do analizy własnych działań i motywów postępowania, ułatwiamy poszukiwanie przyczyn własnych zaniedbań i sposobów poprawy sytuacji;

- dajmy możliwość opieki nad drugim człowiekiem – to okazja do zrealizowania potrzeby udzielania pomocy i wsparcia innym, przygotowanie do pełnienia ról społecznych w późniejszym życiu (Batko 2002).

Wyznaczniki instrumentalne autonomii to zestaw kompetencji, wśród których najważniejsze są umiejętności społeczne, radzenie sobie i zdolność korzystania ze wsparcia. Rozwój społeczny to między innymi nabywanie umiejętności komunikacyjnych i zdolności empatii. Większość osób niepełnosprawnych intelektualnie, niezależnie od stopnia upośledzenia, cierpi na większe lub mniejsze niedostatki w obu sferach. Rozwój empatii nie zależy jednak bezpośrednio od deficytów intelektualnych. Możemy wspierać empatię dzieci i młodzieży niepełnosprawnej umysłowo poprzez wzbogacanie ich doświadczeń społecznych oraz wzmacnianie kompetencji społecznych (Pilecka, Pilecki 1996).

Rozwijanie umiejętności komunikacji werbalnej i niewerbalnej polega na cierpliwym wsłuchiwaniu się w komunikaty, które przekazują niepełnosprawni intelektualnie za pomocą dostępnych im środków i adekwatnym na nie reagowaniu. Nie możemy zapomnieć przy tym o rozwijaniu wspomagających form komunikacji, a także uczeniu zachowań, które mogą nieść informację o stanach, potrzebach i stosunku do sytuacji. Wspierając rozwój konwencjonalnych i alternatywnych sposobów porozumiewania się, kształtujemy gotowość osób upośledzonych umysłowo do kontaktów z innymi ludźmi (Batko 2002).

W trakcie rozwoju społecznego zdobywa się umiejętność oceny zachowania (swojego i innych), znajomość pojęć dobra i zła, a także umiejętność asertywności. Nauka może polegać na przytaczaniu konkretnych przykładów z życia, filmów, literatury oraz modelowaniu i treningu pożądanych zachowań. Powiedzenie „nie" ma dużą wartość w procesie rozwoju. Stwarzajmy okazję do dokonywania wyborów przedmiotów, miejsc, sytuacji, osób. Szanujmy wolę, preferencje i dążenia. Wykazujmy zrozumienie. Zapewnijmy taką ilość czasu, jaka jest potrzebna na spokojne wykonanie zadania. Pokazujmy, jak radzić sobie z porażkami.

Podczas działań rewalidacyjnych wspierających autonomię należy także zwracać uwagę na to, czy osoba niepełnosprawna intelektualnie potrafi radzić sobie z sytuacjami trudnymi i korzystać ze wsparcia. Umiejętności radzenia sobie pozwalają osiągać równowagę między wymaganiami a nieadekwatnymi zasobami. Dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną szczególnie przydają się umiejętności poszukiwania informacji, proszenia o pomoc i powstrzymywania się od działania. Zarówno proszenie o pomoc, jak i poszukiwanie informacji to działania zaradcze silnie związane z postawą wobec własnej osoby. Bardzo często młodzież niepełnosprawna umysłowo wstydzi się własnych ograniczeń, poszukiwanie informacji i proszenie o pomoc sprawiają jej więc wiele trudności. Poznanie własnych możliwości i adekwatna ich ocena poparte pomocą z zewnątrz pomagają rozwiązać ten problem. Pamiętajmy, że osoby upośledzone

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

zawsze będą potrzebowały pomocy, powinny zatem posiąść umiejętność negocjowania najlepszego dla nich rodzaju wsparcia i okazywać cierpliwość osobom pomagającym. Należy znaleźć równowagę pomiędzy niezależnością a koniecznością korzystania z pomocy innych.

> (…) *wartościowe osiągnięcia pojawiają się tylko w takim społeczeństwie ludzkim, które przyznaje jednostce tyle swobody, ile trzeba dla pełnego rozkwitu jej zdolności.*
>
> (A. Einstein)

Wychowanie do autonomii to nauka życia w zgodzie z samym sobą i z innymi. Osiągnięcie tego celu umożliwia środowisko, które:

- rozwija kompetencje dziecka,
- rozwija własne kompetencje – chodzi przede wszystkim o poradzenie sobie z kryzysem upośledzenia dzięki redukcji obciążeń i zwiększeniu własnych zasobów (osobistych, rodzinnych czy ogólnospołecznych).

W działaniach rewalidacyjnych wspierających autonomię dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie szczególną rolę odgrywają nauczyciele i terapeuci. Nie są tak emocjonalnie związani z dzieckiem jak rodzice, łatwiej więc im wspierać zachowania autonomiczne i podejmować związane z tym ryzyko.

PAMIĘTAJMY

- ✓ Tożsamość kształtuje się dzięki doświadczeniom z okresu dzieciństwa.
- ✓ Badanie swoich możliwości, wchodzenie w role i ich wypełnianie to doświadczenia sprzyjające kształtowaniu tożsamości.
- ✓ Fundamentem poczucia tożsamości młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie są przede wszystkim właściwie budowane relacje społeczne i nabywanie umiejętności uczestniczenia w życiu społecznym.
- ✓ Opiekunowie powinni wiedzieć, co daje dorastającym niepełnosprawnym radość, co sprawia przyjemność. Włączanie w środowisko osób pełnosprawnych, włączanie w życie kulturalne i podtrzymywanie prób działań indywidualnych bądź grupowych wzmacniają uczestnictwo w życiu społecznym i ułatwiają znalezienie odpowiedzi na pytania „kim jestem dla siebie?", „kim jestem dla innych?".
- ✓ Do kształtowania się tożsamości nie dojdzie, jeśli nie będziemy wspierać rozwoju odpowiedzialności za siebie, za innych, za ład i porządek w sobie, a także w swoim otoczeniu społecznym i fizycznym (Minczakiewicz 2004).
- ✓ Istotą rewalidacji osób niepełnosprawnych w zakresie kształtowania się poczucia tożsamości jest wspomaganie rozumienia samego siebie i ludzi, z którymi upośledzeni wchodzą w relacje.
- ✓ Kształtowaniu się poczucia tożsamości powinno towarzyszyć upodmiotowienie, gdyż pozwala czuć się sobą i ułatwia branie odpowiedzialności za siebie. Podmiotowe traktowanie sprzyja zdobywaniu wiedzy o sobie, swoich potrzebach, możliwościach i ograniczeniach.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- ✓ Dyskretne czuwanie, udzielanie wskazówek, dawanie możliwości wyboru, rozszerzanie wolności poznawczej przy jednoczesnym wspomaganiu samodzielnych decyzji oraz pomoc w radzeniu sobie z porażkami i frustracjami to skuteczna droga do budzenia inicjatywy. Możliwość swobodnego działania sprzyja poszerzaniu się samoświadomości.
- ✓ Fundamentem, na którym powinniśmy budować poczucie autonomii i tożsamości młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, jest samodzielność w zakresie samoobsługi i poruszania się. Łatwiej jest stać się niezależnym w wyborach i sądach, jeżeli potrafi się samemu zaspokajać swoje podstawowe potrzeby. Żeby to osiągnąć, należy pomagać:
  - w planowaniu i organizowaniu własnych działań,
  - w wyćwiczeniu schematów działań, które mogą stać się nawykami – można na przykład rozpisać instrukcje, zastosować zdjęcia, obrazy lub symbole.
- ✓ Rozwijanie zainteresowań i umiejętności aktywnego spędzania czasu poszerza zakres doświadczeń, wzbogaca repertuar zachowań, a tym samym daje szansę określenia własnych preferencji, co sprzyja kształtowaniu poczucia tożsamości.
- ✓ Żeby być autonomiczną jednostką i mieć szansę na ukształtowanie tożsamości, trzeba znać swoje potrzeby, możliwości i ograniczenia. Trzeba orientować się w swoich zasobach i warunkach zewnętrznych, mieć motywację do pokonywania trudności i niepowodzeń. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną na ogół mają nikłą wiedzę o własnych uczuciach, myślach i motywach. Ich samoocena bywa nierealistyczna, czasem są bezkrytyczne wobec siebie, innym razem deprecjonują swoją wartość, z czym wiążą się przygnębienie i osłabienie motywacji. Aby temu zapobiec, należy:
  - stawiać dorastających w określonych sytuacjach zadaniowych, w których mogą konfrontować swoje możliwości i kompetencje z wyobrażeniami na swój temat,
  - starać się oceniać niepełnosprawnych obiektywnie, bez taryfy ulgowej,
  - przekazywać podopiecznym informacje na temat ich mocnych i słabych stron,
  - przekazywać informacje o możliwościach i ograniczeniach w przyjaznej atmosferze akceptacji.
- ✓ Zrozumienie i poszanowanie niepełnosprawnych intelektualnie dorastających wspomaga ich w poszukiwaniu wartości, których dotąd nie zauważali. Pozwala im dostrzegać i akceptować cechy, które różnią ich od innych i stanowią o ich niepowtarzalności. Pomaga to zrozumieć, że indywidualność jest zaletą, a nie wadą.
- ✓ Tożsamość zawodowa stanowi ważny element dojrzałej tożsamości. Warto więc poświęcać uwagę procesowi aktywizacji zawodowej dorastających z niepełnosprawnością intelektualną.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

ZALECANA LITERATURA

Błeszyński J. (2006). *Alternatywne wspomagające metody komunikacji*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Pilecka W., Pilecki J. (1995). *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.

Piszczek M. (2003). *Aktywizacja zawodowa uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i umiarkowanym. Przewodnik dla nauczycieli*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

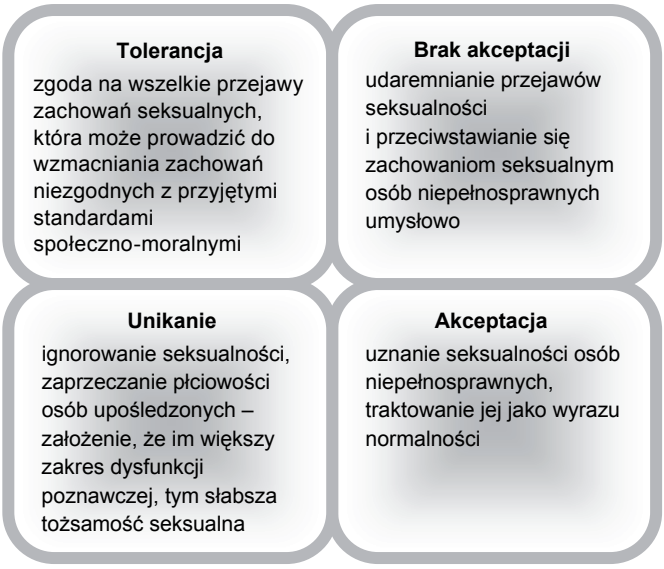
Sherborne V. (1999). *Ruch rozwijający dla dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Rozdział 5

Seksualność i tożsamość płciowa dorastających z niepełnosprawnością intelektualną

Przez bardzo długi czas seksualność niepełnosprawnej młodzieży nie wzbudzała zainteresowania i pomijana była milczeniem. Dopiero w latach sześćdziesiątych XX w. zaczęły zmieniać się postawy wobec seksualności osób niepełnosprawnych. W następstwie tego procesu w 2002 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła Powszechną Deklarację Praw Seksualnych, w której zapisano także prawo osób fizycznie i psychicznie niepełnosprawnych do przyjemności seksualnej (Lew-Starowicz 2005).


Tolerancja
zgoda na wszelkie przejawy zachowań seksualnych, która może prowadzić do wzmacniania zachowań niezgodnych z przyjętymi standardami społeczno-moralnymi
Brak akceptacji
udaremnianie przejawów seksualności i przeciwstawianie się zachowaniom seksualnym osób niepełnosprawnych umysłowo
Unikanie
ignorowanie seksualności, zaprzeczanie płciowości osób upośledzonych – założenie, że im większy zakres dysfunkcji poznawczej, tym słabsza tożsamość seksualna
Akceptacja
uznanie seksualności osób niepełnosprawnych, traktowanie jej jako wyrazu normalności

Ryc. 24. Postawy społeczne wobec seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Nowak-Lipińska 1996a; Kościelska 2004a.

Seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie wciąż wzbudza wiele kontrowersji. Aby uciec od problemu, odmawiamy osobom upośledzonym umysłowo płciowości. Ignorujemy fakt, że stanowi ona integralną część osobowości, niezależnie od sprawności fizycznej czy intelektualnej człowieka. Pojawia się wraz z życiem i po części stanowi o jego wartości. Seksualność człowieka jest

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

wartością, a prawidłowe jej przeżywanie – motorem rozwoju, źródłem energii, która może przynieść mu szczęście i pożytek (Kościelska 2004a). Wszyscy zgadzamy się z twierdzeniem, że osoby niepełnosprawne mają prawo do normalnego – na miarę swoich możliwości – życia. Często jednak zapominamy albo nie chcemy pamiętać, że oznacza to także prawo do wiedzy na temat swojej seksualności oraz prawo do zachowań seksualnych i związków erotycznych.

Nie możemy zaprzeczyć naszej seksualności. Tak naprawdę to nie my decydujemy o podnieceniu seksualnym, nasz organizm decyduje za nas. Nasza seksualność jest częścią nas, bez względu na to, jaką formę życia przyjmujemy – celibat, aktywne życie seksualne czy rozwiązłość. Możemy podejmować próby ograniczania i tłumienia własnej seksualności, powstrzymywać się od aktywności seksualnej, ale nie jesteśmy w stanie całkowicie wyeliminować jej z naszego życia. Zasada ta odnosi się także do osób niepełnosprawnych intelektualnie.

5.1. Tożsamość płciowa i jej kształtowanie

Rzeczywistość płci jest nieodłącznym elementem naszej natury. Rodzimy się jako osoba płci żeńskiej bądź męskiej. Fakt ten ma określone implikacje nie tylko fizyczne, lecz także psychiczne i duchowe. Proces kształtowania tożsamości płciowej zaczyna się już w okresie wczesnego dzieciństwa. Około trzeciego roku życia następuje fizyczne utożsamienie z płcią. Czterolatki mają już świadomość ciągłości płci, a pięciolatki wiedzą, że ich płeć się nie zmieni. Przyswajanie ról związanych z płcią następuje w procesie socjalizacji. W okresie adolescencji polega on na psychicznej akceptacji praw i obowiązków, które są przypisane danej płci. Dziecko odkrywa swoją tożsamość płciową pod wpływem środowiska, w którym żyje. Szczególną rolę odgrywają tu rodzice (Obuchowska, Jaczewski 2002). Powinni kształtować świat doznań i przeżyć dziecka w taki sposób, żeby jego identyfikacja z płcią przebiegała w atmosferze naturalności i radości. Chodzi o to, aby córka była dumna z tego, że jest dziewczynką, a syn z tego, że jest chłopcem.

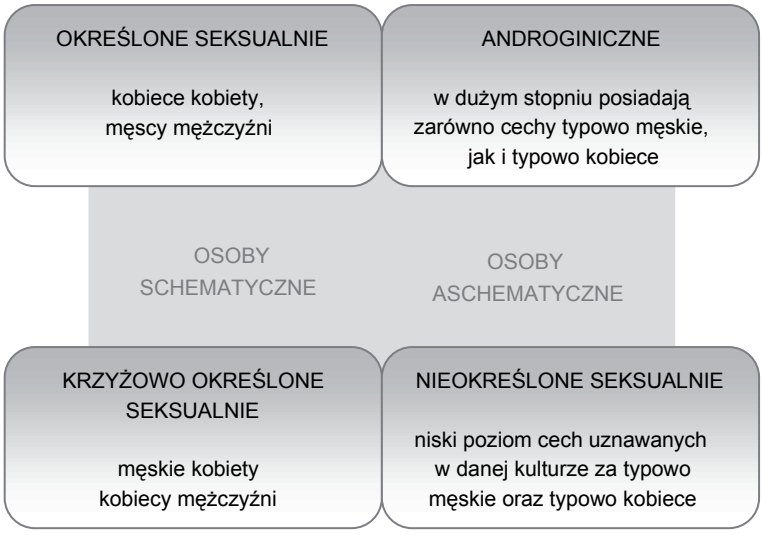
Tożsamość płciowa to poczucie własnej męskości lub kobiecości. Wyraża się w podejmowaniu ról związanych z płcią. Jest ona najbardziej znaczącym wymiarem tożsamości społecznej człowieka. Kształtuje się bardzo dynamicznie w okresie adolescencji (Reber 2000; Opozda 2006). Według Jolanty Miluskiej tożsamość płciowa jest strukturą trójwymiarową, której najbardziej podstawowy i stabilny element stanowi poczucie własnej męskości lub kobiecości na poziomie psychologicznym. Drugi wymiar – poznawczy – to samowiedza dotycząca płci, schemat płci. Trzeci element to wymiar behawioralny, czyli zakres ujawniania w zachowaniu (istniejącego lub nie) schematu płci (Miluska 1992).

Sandra Bem (2000) stworzyła teorię schematów płciowych, za pomocą której wyjaśnia relację między płcią biologiczną a cechami psychicznymi ujętymi w ramach uznanego w danej kulturze stereotypu kobiecości i męskości. Schemat płci to struktura poznawcza służąca do organizowania informacji odnoszących się do własnej płci. Przyswojony schemat sprawia, że wybieramy jedynie te formy

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

aktywności, które są zgodne ze schematem. W swojej teorii autorka wyróżniła dwie grupy osób: osoby schematyczne i aschematyczne. Osoby schematyczne to ludzie określeni płciowo, których cechy psychiczne odpowiadają płci biologicznej. Mianem aschematycznych określa się natomiast osoby androginiczne, które charakteryzuje jednakowy stopień nasilenia cech kobiecych i męskich (niezależnie od płci biologicznej).

Według Bem (2000) optymalna dla jednostki jest androginia, która jest wynikiem integracji cech uznawanych w kulturze za typowo kobiece i typowo męskie. Jednostka androginiczna w zależności od wymogów danej sytuacji potrafi być zarówno czuła, opiekuńcza (cechy typowo kobiece), jak i stanowcza, niezależna czy pewna siebie (cechy typowo męskie).



Ryc. 25. Schematy płciowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bem 2000; Dakowicz 2000.

Kształtowanie tożsamości płciowej to złożony proces biologiczny, psychologiczny i socjologiczny. Dziecko, rozpoznając swoją biologiczną płeć, uznaje i akceptuje fakt, że jest chłopcem lub dziewczynką. Proces kształtowania się tożsamości płciowej trwa aż do okresu dojrzewania. Prowadzi do pełnej akceptacji własnej płciowości oraz wszystkiego, co się z nią wiąże, w tym późniejszych ról społecznych i rodzicielskich. Płeć to zjawisko wielowymiarowe. Wyróżniamy:

- **płeć anatomiczną**, która różnicuje cechy budowy ciała mężczyzny i kobiety,
- **płeć fizjologiczną**, określającą różne funkcje obydwu typów organizmów, warunkującą potrzeby seksualne i funkcje rozrodcze,
- **płeć psychologiczną**, która odpowiada za odmienność zachowań oraz cech psychicznych kobiet i mężczyzn,
- **płeć społeczną**, odpowiadającą za zróżnicowanie ról, które w społeczeństwie pełnią kobiety i mężczyźni (Kościelska 2007).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

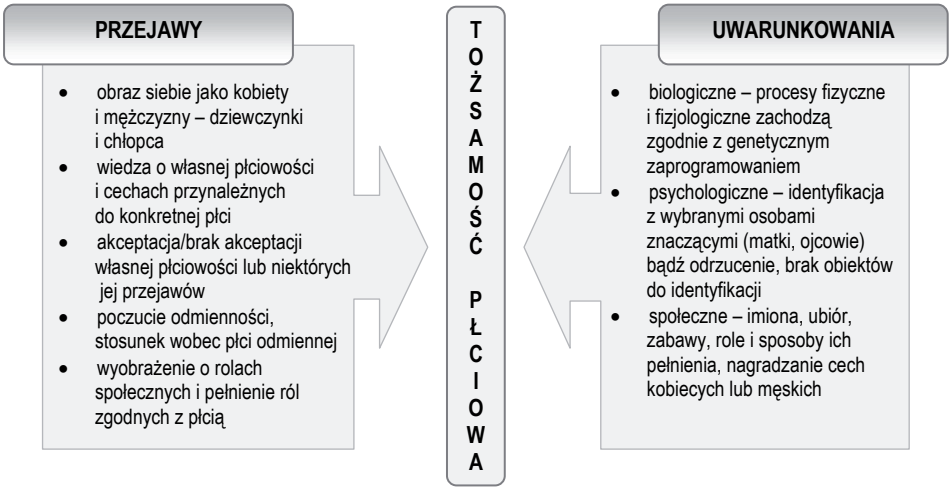
Rozwój płciowości człowieka jest procesem wieloetapowym, który rozpoczyna się już w okresie prenatalnym. Składają się na niego formowanie się płci fizycznej, rozwój preferencji seksualnych i kształtowanie się subiektywnego poczucia przynależności do konkretnej płci. Niezależnie od różnorodności czynników wywierających wpływ na proces identyfikacji z płcią i dosyć złożonego ich oddziaływania wydaje się, że wpływ rodziców jest niezaprzeczalny. Dziecko kształtuje swoją rolę płciową na podstawie obserwacji innych ludzi, głównie rodziców. Oczekiwania rodziców wobec dzieci są zależne od ich płci. Dziewczynki powinny być uczynne, troskliwe, emocjonalne, delikatne i czułe, od chłopców wymaga się opanowania, zaradności, niezależności, racjonalności, aktywności i męskości. W procesie wychowania dzieciom proponuje się także zróżnicowane płciowo zabawy i zabawki. Dzięki temu dowiadujemy się, jakie zachowania są właściwe dla danej płci. Staramy się naśladować zachowania przedstawicieli tej samej płci, a unikać zachowań płci przeciwnej, często odbieranych jako nieprawidłowe i złe (Obuchowska, Jaczewski 2002).

Obowiązkiem rodziców jest kształtowanie świata doznań i przeżyć dziecka w taki sposób, żeby jego identyfikacja z płcią przebiegała w atmosferze ufności i otwartości. Innymi słowy, córka powinna czuć radość, że jest dziewczynką, syn, że jest chłopcem (to wstępna akceptacja własnej płci). Przygotowanie dziecka do roli matki lub ojca jest głównym zadaniem rodziców i wychowawców. Nawet jeśli w przyszłości te role nie będą podjęte, to akceptacja kobiecości oraz związanego z nią macierzyństwa w przypadku dziewczynki i męskości oraz ojcostwa w przypadku chłopca pozwala w pełni realizować swoje człowieczeństwo. Kobietą lub mężczyzną pozostaje się zawsze i wszędzie. W związku z tym każda rola społeczna, którą człowiek podejmie, będzie „naznaczona" jego tożsamością płciową.

Tożsamość płciowa, oprócz etnicznej, jest jedną z najważniejszych. Aby odpowiedzieć na pytanie „kim jestem?", jednostka musi określić swoją tożsamość płciową. Płeć nadaje tożsamości charakter męski lub kobiecy (Miluska 1996). Tożsamość płciową rozumianą jako scalona wiedza dotycząca własnej płci zdobywamy w wyniku sformułowania własnej koncepcji ról kobiecych i męskich na podstawie doświadczeń z przeszłości i teraźniejszych obserwacji. Kiedy włączymy tę wiedzę w obraz własnego „ja", możemy określić siebie jako kobietę lub mężczyznę.

Przy okazji omawiania zagadnienia tożsamości płciowej osób z ograniczoną sprawnością intelektualną warto zwrócić uwagę, że ten aspekt ich życia często bywa ignorowany, gdyż w społecznej percepcji nie seksualność, ale dysfunkcjonalność jest najistotniejsza. Fakt, że otoczenie patrzy na jednostkę przede wszystkim przez pryzmat niepełnosprawności, zmienia oczekiwania, reakcje, sposoby komunikowania się czy wreszcie gotowość do wchodzenia w indywidualne relacje. Prowadzi to do sytuacji, w której jednostka, odkrywając siebie, powie raczej „jestem osobą niepełnosprawną" niż „jestem kobietą", „jestem mężczyzną". Sfera biologiczna zostaje zmarginalizowana przez społeczny odbiór osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436


PRZEJAWY
obraz siebie jako kobiety i mężczyzny – dziewczynki i chłopca
wiedza o własnej płciowości i cechach przynależnych do konkretnej płci
akceptacja/brak akceptacji własnej płciowości lub niektórych jej przejawów
poczucie odmienności, stosunek wobec płci odmiennej
wyobrażenie o rolach społecznych i pełnienie ról zgodnych z płcią
TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA
UWARUNKOWANIA
biologiczne – procesy fizyczne i fizjologiczne zachodzą zgodnie z genetycznym zaprogramowaniem
psychologiczne – identyfikacja z wybranymi osobami znaczącymi (matki, ojcowie) bądź odrzucenie, brak obiektów do identyfikacji
społeczne – imiona, ubiór, zabawy, role i sposoby ich pełnienia, nagradzanie cech kobiecych lub męskich

Ryc. 26. Uwarunkowania i przejawy tożsamości płciowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kościelska 2004a; 2007.

5.2. Potrzeby seksualne i związki seksualne osób niesprawnych intelektualnie

Bardzo często chcemy postrzegać osoby niepełnosprawne intelektualnie jako jednostki pozbawione płciowości, ignorując fakt, że jest ona integralną częścią każdego człowieka. Każdy z nas przychodzi na świat ze swoją seksualnością i musi nauczyć się z nią żyć, niezależnie od sprawności fizycznej czy intelektualnej. Seksualność odgrywa w naszym życiu szczególną rolę. Wyznacza nam miejsce w społeczeństwie, decyduje o naszym wyglądzie, ma wpływ na nasze działania, dążenia, myśli i uczucia. Bez zrozumienia seksualności nie da się opisać i zrozumieć człowieka (Kościelska 2004b).

W trakcie życia człowieka jego seksualność zmienia formy i funkcje, rozwija się. W pewnych okresach życia rozkwita, a przygasa w innych. Uwzględniając podstawowe etapy naszego rozwoju, możemy mówić o seksualności dziecięcej, młodzieńczej, dojrzałej i starczej. Podobną periodyzację można zastosować w przypadku populacji osób niepełnosprawnych intelektualnie, choć zmiany mogą pojawiać się z opóźnieniem w stosunku do wieku, zatrzymać się na określonym stadium bez przechodzenia w następne, być źle ukierunkowane bądź przeżywane w sposób niepełny lub przesadny.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Ramka 7. Rozwój psychoseksualny dorastających niepełnosprawnych intelektualnie

Wyniki badań

Izabela Fornalik (2002a) przebadała 100 chłopców i dziewcząt w wieku 11–21 z niepełnosprawnością umiarkowaną i znaczną, mieszkających z rodzicami oraz w domach pomocy społecznej.

- **problematyka rozwoju psychoseksualnego** – 73% badanych wykazywało zainteresowanie tą tematyką. Największe zainteresowanie (zwłaszcza u chłopców) budzi wygląd nagiej kobiety – 71%, następnie zmiany w wyglądzie związane z dojrzewaniem (owłosienie łonowe, wzrost piersi) – 61%, wygląd nagiego mężczyzny – 57%, na ostatnim miejscu poczęcie i ciąża – 26% oraz współżycie seksualne – 11%;
- **przejawy zainteresowania** – zwracanie uwagi na sceny erotyczne w TV – 58%, zwracanie uwagi na sceny erotyczne w czasopismach i książkach – 51%, rozmowy na tematy seksualne – 47%, manifestacja ciekawości poprzez oglądanie i obnażanie własnego ciała – 44%, podglądanie innych – 32%;
- **zachowania seksualne** – 52% chłopców, 32% dziewcząt (czyli 43% badanych) przejawia bądź przejawiało zachowania seksualne, najczęstsza forma to masturbacja – 93% (opiekunowie twierdzą, że najczęściej występuje ona w chwilach bezczynności lub pobudzenia emocjonalnego), nie zawsze zachowania autoerotyczne są ukrywane – 65% badanych masturbuje się w łazience bądź pokoju, 45% przy kolegach, rodzicach i nauczycielach, 37% w miejscach publicznych;
- **podejmowanie aktywności seksualnej z partnerem** – około 30% badanych miało kontakty seksualne z inną osobą, częściej chłopcy – 41% niż dziewczęta – 7%, częściej młodzież w domach pomocy społecznej – 45% niż mieszkająca w domu rodzinnym – 17%;
- **petting** (pieszczoty z partnerem obejmujące także genitalia) – zachowania tego typu występowały u 92% badanych nastolatków, w większości partnerami pettingu chłopców i dziewcząt są osoby tej samej płci (75%), również niepełnosprawne umysłowo, częściej zachowania tego typu występują u osób mieszkających w domach pomocy społecznej;
- **podejmowanie pełnego współżycia seksualnego** – 13 osób na 100 badanych doświadczyło pełnego współżycia seksualnego – partnerami były także osoby niepełnosprawne intelektualnie tej samej płci.

Jak wykazują badania (por. Fornalik 2002b; Kościelska 2004a; 2004b; Pichalski 2005), proces dojrzewania płciowego u większości osób z niepełnosprawnością intelektualną nie jest ani istotnie opóźniony, ani przyspieszony w stosunku do norm rozwojowych. Potrzeba seksualna zintegrowana z potrzebą kontaktu emocjonalnego rozwija się i intensyfikuje niezależnie od stopnia sprawności. Obserwacje dowodzą, że dążenia do kontaktów intymnych osób z niepełnosprawnością intelektualną opierają się przede wszystkim na poszukiwaniu poczucia przyjaźni i czułości oraz dążeniu do przynależności. Seksualność genitalna ma mniejsze znaczenie.

Rozwój seksualny osób z niepełnosprawnością umysłową przebiega w sposób zbliżony do normalnego, ale zdarza się, że nosi znamiona patologii. Zjawiskiem, które można uznać za typowe dla tej populacji, jest brak harmonii między rozwojem biologicznym, umysłowym, uczuciowym, duchowym i behawioralnym. Cechy dziecięcości, młodzieńczości, dorosłości, a nawet starości, mogą zdarzać się u osób w podobnym wieku (Kościelska 2004b).

Seksualność dziecięca to głównie potrzeba więzi i przynależności do dorosłego człowieka. Dziecko w miłości innych do siebie odnajduje własną wartość, pojmuje siebie jako istotę doskonałą, także w zakresie własnej cielesności. Kochane będzie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

starało się upodobnić do rodziców i przypodobać im, zasłużyć na pochwały. Miłość zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa. Jeżeli brakuje więzi między rodzicami a dzieckiem, powstają negatywne – zarówno bezpośrednie, jak i rozłożone w czasie – skutki dla rozwoju dziecka. W przypadku braku afirmacji siebie i swojego ciała pojawia się wstyd istnienia (Olechnowicz 1988; Plopa 2005).

Diagnoza o upośledzeniu dziecka to sytuacja kryzysowa dla rodziców. Nie mogąc poradzić sobie z rozpaczą, nie potrafią patrzeć na swoje dziecko jak na najcudowniejszą istotę na świecie. Skupiając się na swoim bólu i walce o sprawność dziecka, mogą nie dać mu szansy, aby pokochało siebie i uwierzyło, że jest dobre. Jeżeli u dorastających bądź dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną obserwujemy potrzeby i zachowania właściwe dla dziecięcego stadium rozwoju seksualnego, to można przypuszczać, że wyrażają potrzebę tej formy więzi, której nie doświadczyli w dzieciństwie.

Spóźniona dziecięca seksualność polega między innymi na dążeniu do stałej bliskości z matką lub inną osobą dorosłą, labilności emocjonalnej, przyleganiu fizycznym, obłapianiu, tuleniu się, obnażaniu się, ograniczonej świadomości zróżnicowania stref organizmu dostępnych dla obcych i bliskich (w tym stref erogennych). Nie możemy jednak traktować osób niepełnosprawnych jak wiecznych dzieci. Nawet infantylne manifestowanie seksualności, które wyraża niezaspokojone potrzeby dzieciństwa, miesza się w ich przypadku z przejawami dorosłości lub przynajmniej wyrazami bardziej zaawansowanego rozwoju w innych sferach (Mejnarowicz 2002).

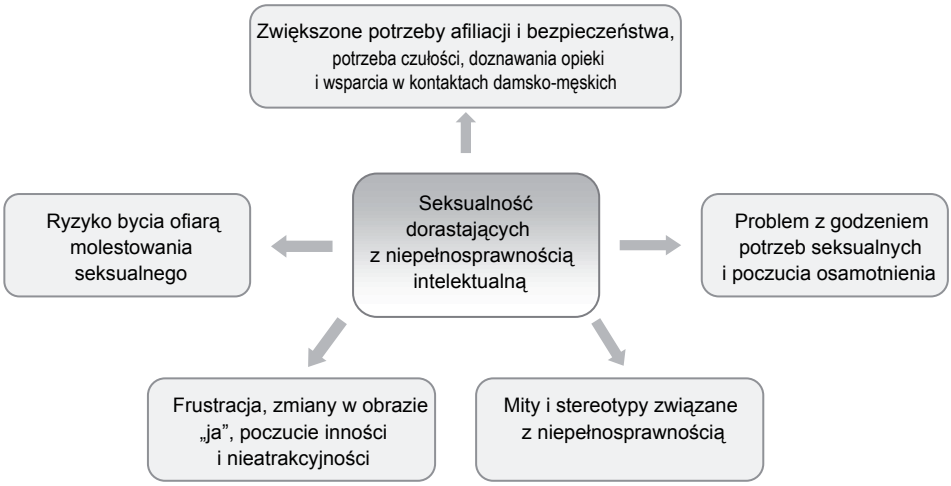
Seksualność młodzieńcza to okres przygotowania się do życia płciowego i do rozrodczości. W tym czasie zmienia się ciało i jego niektóre funkcje, znaczenia nabiera własny wygląd, a relacje z rówieśnikami przedkładane są nad relacje z rodzicami (zob. rozdz. 2). Okres dorastania charakteryzuje się dążeniem do przebywania w grupie rówieśniczej i zdobywania jej akceptacji. Pojawia się rywalizacja i zachowania zapewniające większy podziw i adorację, najpierw u osób tej samej płci, a później przeciwnej. Wiąże się to z potrzebą podobania się. Adolescencja to czas, w którym pojawiają się czynności seksualne związane z redukowaniem napięcia seksualnego w postaci masturbacji czy fantazji erotycznych, a także próby zbliżeń fizycznych. Doświadczenia seksualne motywowane są ciekawością, wspólnotowością przeżyć albo siłą napięcia seksualnego (por. Obuchowska, Jaczewski 2002).

Dla każdego młodego człowieka jest to okres burzliwy i trudny. W przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie występują dodatkowe komplikacje. W związku z różnymi zaburzeniami organicznymi lub genetycznymi zarówno w zakresie struktury anatomicznej narządów płciowych, jak i fizjologii oprócz problemów właściwych tej fazie mogą dodatkowo pojawić się problemy z adaptacją do zmian, z rozpoznaniem ograniczeń własnego ciała i godzeniem się z nimi. Przemiany biologiczne, które każdego nastolatka niepokoją i zawstydzają, połączone z ograniczoną sprawnością intelektualną przerażają (Lew-Starowicz 2005).

Trudności w zaspokajaniu potrzeb intymnych, brak zrozumienia zjawisk biologicznych, które się z nimi wiążą, przy negatywnych bądź ambiwalentnych

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

postawach rodziców lub opiekunów skutkują utrwalaniem się poczucia braku własnej wartości. Może to spowodować wymazanie ze świadomości osób z niepełnosprawnością intelektualną obszaru seksualnego.


Zwiększone potrzeby afiliacji i bezpieczeństwa, potrzeba czułości, doznawania opieki i wsparcia w kontaktach damsko-męskich
Ryzyko bycia ofiarą molestowania seksualnego
Seksualność dorastających z niepełnosprawnością intelektualną
Problem z godzeniem potrzeb seksualnych i poczucia osamotnienia
Frustracja, zmiany w obrazie „ja", poczucie inności i nieatrakcyjności
Mity i stereotypy związane z niepełnosprawnością

Ryc. 27. Seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie – potencjalne problemy

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Lew-Starowicz 2005.

Dorastający z upośledzeniem umysłowym, wbrew oczekiwaniom otoczenia społecznego, odczuwają potrzebę kontaktu z drugim człowiekiem i podejmują zachowania typowe dla seksualności tego okresu. Należy pamiętać, że niepełnosprawni intelektualnie, nie posiadając świadomości własnej seksualności, pozostawieni sami sobie z napięciem seksualnym i nieumiejętnością radzenia sobie z nim, narażeni są na występowanie różnego typu zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania oraz doświadczanie przejawów odrzucenia społecznego bądź zjawisk patologicznych.

Jeżeli osoby z ograniczoną sprawnością umysłową mają szansę realizowania swojej seksualności, to pary, które tworzą, noszą cechy charakterystyczne jednocześnie dla fazy młodzieńczej i dla fazy seksualizmu dziecięcego. Zainteresowanie ze strony drugiego człowieka bywa dla wielu osób niepełnosprawnych tak wielkim i silnym doznaniem, że niektórzy błędnie je interpretują jako wyraz dozgonnej miłości. Naiwność bywa również cechą wielu nastolatków z normą intelektualną, a także niektórych osób starszych. U osób z niepełnosprawnością intelektualną nieuzasadnione zawierzenia występują jednak częściej, są trwalsze i poważnie przesunięte w czasie. Nierealistyczne przeświadczenia dorosłych mężczyzn i kobiet z upośledzeniem umysłowym pod wieloma względami przypominają myślenie życzeniowe w jego funkcji obronnej. Zamiast ośmieszać te marzenia i odmawiać im sensu, lepiej stwarzać nowe możliwości i mnożyć doświadczenia satysfakcjonujących kontaktów społecznych (Kościelska 2004b).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Pokazujmy więc osobom niepełnosprawnym różnice pomiędzy miłością rodzicielską lub przyjacielską a miłością do osoby płci przeciwnej. Zwracajmy uwagę na fakt, że nie zawsze można realizować swoje uczucia. Szanujmy uczucia dorastających z ograniczoną sprawnością intelektualną. Lepiej powiedzieć „bardzo cię lubię, ale nie kocham", niż oszukiwać, dawać złudną nadzieję i ranić (Fornalik 2007).

Kolejną cechą charakterystyczną młodzieńczej fazy seksualizmu u osób niesprawnych umysłowo jest niski poziom wiedzy na temat zagadnień związanych z płciowością i niewielka chęć jej zdobywania. Wynika to z braku edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie (Nowak-Lipińska 1996a; Huszcz 1999). Istnieje bowiem przekonanie, że wiedza ta mogłaby prowadzić do rozbudzenia seksualnego osób upośledzonych umysłowo, a taka aktywność nie leży w interesie społecznym. Nie obserwujemy też samoedukacji. Nastolatki z ograniczoną sprawnością intelektualną nie poszukują, w przeciwieństwie do pełnosprawnych rówieśników, wiedzy na temat seksu na własną rękę, gdyż przejawiają małą aktywność w samodzielnym zdobywaniu jakichkolwiek informacji. Myślenie życzeniowe, ograniczenia w zakresie samostanowienia i niedostatek wiedzy na tematy seksualne to elementy w znaczący sposób utrudniające osobom niepełnosprawnym intelektualnie przejście do następnego etapu rozwojowego, którym jest seksualność dojrzała (Kościelska 2004b).

Seksualność dojrzała przejawia się w zdolności zdobycia partnera seksualnego, zdolności do prokreacji i opieki nad potomstwem. Nie wszystkie osoby niepełnosprawne intelektualnie mogą spełnić te warunki. U osób niepełnosprawnych umysłowo możliwości rozrodcze są tym słabsze, im głębszy stopień upośledzenia i większe jego zdeterminowanie przez czynniki genetyczne (Zaremba 2003). Dotyczy to przede wszystkim osób ze znacznym i głębokim upośledzeniem.

Dojrzała seksualność to także świadoma realizacja potrzeb seksualnych i odpowiedzialność za jej skutki. W przypadku osób upośledzonych nie zawsze mamy z tym do czynienia. Dlatego znaczna część osób z ograniczoną sprawnością intelektualną, niezależnie od wieku, znajduje się w senioralnej fazie seksualności, w której seks jest zbędny i nie budzi zainteresowania. Może to być wynikiem świadomego wyboru lub wyparcia potrzeb seksualnych. Jednak dla większości taki celibat jest źródłem cierpienia, a także powodem uruchamiania najrozmaitszych mechanizmów obronnych. Osoba niepełnosprawna stara się chronić przed destrukcyjną świadomością niemożności realizacji wielkiego potencjału, którym może być seksualność (Kościelska 2004b).

Żeby przywrócić osobom niepełnosprawnym intelektualnie seksualność, należy obalić najczęściej powtarzane mity, które ograniczają rozwój tożsamości płciowej upośledzonych umysłowo.

MIT – dojrzewanie płciowe osób niepełnosprawnych intelektualnie różni się od dojrzewania osób z normą.

FAKT – badania potwierdzają, że proces dojrzewania płciowego młodzieży niepełnosprawnej nie jest ani przyspieszony, ani też istotnie opóźniony w po-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

równaniu z procesem rozwoju nastolatków sprawnych, a zmiany zachodzą najczęściej w tej samej kolejności (Fornalik 2002b). Jedynie u młodzieży, u której niepełnosprawność intelektualna spowodowana jest czynnikami o charakterze genetycznym, na przykład u nastolatków z zespołem Downa (Cunningham 1994; Górnicki i in. 1995), możemy zaobserwować pewne odstępstwa od prawidłowego rozwoju płciowego. W zakresie przeżywania zmian wynikających z dojrzewania płciowego obserwujemy natomiast zróżnicowanie. Wyniki badań empirycznych oraz dane z literatury przedmiotu wskazują, że wiele dziewcząt i chłopców z głębszą niepełnosprawnością intelektualną ujawnia reakcje negatywne, obserwując dojrzewające ciało. Nastolatkom niejednokrotnie towarzyszy uczucie lęku, niepewności, złości, a nawet rozpaczy, co w skrajnych przypadkach może doprowadzić do regresu w rozwoju (Walter 1986, za: Fornalik 2002a).

MIT – ludzie upośledzeni umysłowo są aseksualni.

FAKT – osoby upośledzone, tak jak pozostali ludzie, mają swoje potrzeby seksualne. Inna jest ich hierarchia i natężenie, inny sposób uzewnętrzniania. Zależy to od poziomu niepełnosprawności. W okresie adolescencji u niepełnosprawnej intelektualnie młodzieży rozwija się i intensyfikuje potrzeba seksualna. Jest ona zintegrowana z innymi potrzebami, przede wszystkim z potrzebą kontaktu emocjonalnego (Gapik 1997; Obuchowska, Jaczewski 2002). Dyskusje pojawiające się w literaturze przedmiotu dotyczą nie tyle faktu istnienia tej potrzeby, ile jej natężenia. Istnieją trzy podejścia do seksualności osób upośledzonych umysłowo. Część badaczy twierdzi, że potrzeba seksualna jest u osób z intelektualną niepełnosprawnością bardzo silna i pojawia się wcześniej, że im głębsze upośledzenie, tym większy popęd i intensywniejsze przejawy seksualizmu (Jaczewski 1978; 1998). Można się jednak spotkać także z opinią, że im głębszy deficyt intelektualny, tym bardziej zaburzone psychobiologiczne podstawy seksualności. Oznacza to mniejsze potrzeby, a tym samym słabsze dążenie do ich realizacji (Olechnowicz 1978). Według trzeciej koncepcji popęd seksualny u upośledzonych umysłowo jest taki sam jak u normalnie rozwijających się rówieśników. Mamy bowiem do czynienia z indywidualnie ukształtowaną, uzależnioną od wielu uwarunkowań (biologicznych, osobowościowych i społecznych) właściwością konkretnej osoby (Fornalik 2004).

MIT – osoby niesprawne intelektualnie są hiperseksualne.

FAKT – osoby z niepełnosprawnością umysłową nie są nadpobudliwe seksualnie. Ich zachowanie jest często wynikiem deprywacji potrzeb, a nie pobudzenia seksualnego. Nie każde zachowanie odczytywane przez nas jako zachowanie o zabarwieniu seksualnym jest (choć może być) uzewnętrznieniem potrzeb seksualnych. Do takich zachowań należą na przykład masturbacja, natrętne przytulanie się czy całowanie. Mogą być sposobem poznawania swojego ciała bądź reakcją na niezaspokojone potrzeby bezpieczeństwa i aktywności. Mogą to też być zachowania naśladujące inne osoby.

MIT – ludzie upośledzeni umysłowo to „wieczne dzieci" wymagające opieki, a nie edukacji.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

FAKT – niesprawni intelektualnie przechodzą te same fazy życia co inni ludzie. Ich wiek rozwojowy nie decyduje o wieku życia. Takie traktowanie ogranicza rozwój osób niepełnosprawnych i nie przygotowuje do radzenia sobie z problemami dorosłości.

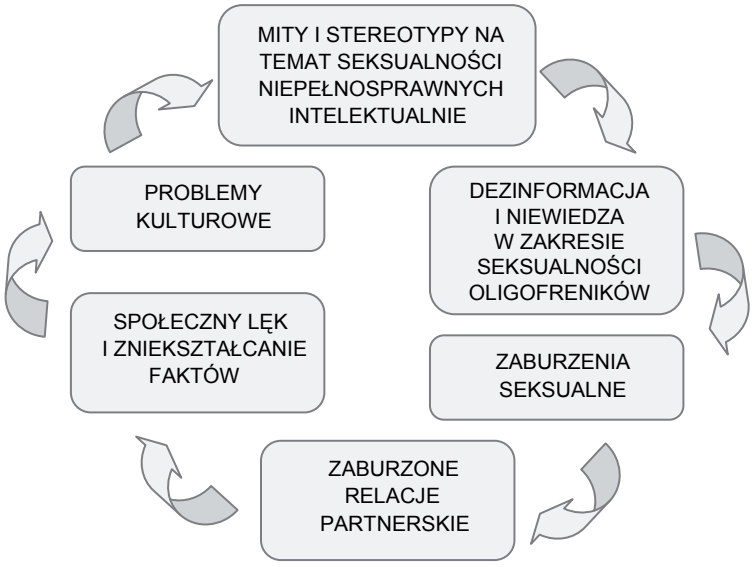
> *Traktuj człowieka według tego, jak wygląda, a uczynisz go gorszym, ale traktuj go według tego, kim mógłby być, a naprawdę go takim uczynisz.*
>
> (J.W. Goethe)

MIT – niepełnosprawność jest zawsze dziedziczona genetycznie bądź społecznie.

FAKT – niesprawność intelektualna nie jest chorobą i nie jest przekazywana z pokolenia na pokolenie. Takie myślenie odpowiada za izolację osób upośledzonych i ograniczanie ich preferencji seksualnych.

MIT – rodzice dzieci z ograniczoną sprawnością intelektualną nie chcą edukacji seksualnej swoich dzieci.

FAKT – rodzice dzieci upośledzonych umysłowo rzadko deklarują zainteresowanie wychowaniem seksualnym swoich dzieci, ale nie są mu przeciwni. Obawiają się negatywnej postawy innych ludzi wobec seksualnych zachowań swoich dorastających lub dorosłych dzieci i odrzucają edukację seksualną wyłącznie z powodu braku wiedzy, poradnictwa i pomocy. Rodzice uważają, że brakuje im kompetencji w tej dziedzinie, a NIKT nie chce im pomóc (Stanisławski 2004).


MITY I STEREOTYPY NA TEMAT SEKSUALNOŚCI NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE
DEZINFORMACJA I NIEWIEDZA W ZAKRESIE SEKSUALNOŚCI OLIGOFRENIKÓW
ZABURZENIA SEKSUALNE
ZABURZONE RELACJE PARTNERSKIE
SPOŁECZNY LĘK I ZNIEKSZTAŁCANIE FAKTÓW
PROBLEMY KULTUROWE

Ryc. 28. Relacje między mitami a trudnościami w życiu seksualnym osób niepełnosprawnych intelektualnie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Lew-Starowicz 2005.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

MIT – problemy seksualne i związane z nimi niewłaściwe zachowania osób upośledzonych umysłowo są wynikiem ograniczenia ich możliwości rozwojowych.

FAKT – najczęściej problemy seksualne i nieakceptowane społecznie zachowania wynikają z braku wiedzy i świadomości zmian, które zachodzą w ciele dojrzewającej jednostki. Jeśli niepełnosprawne intelektualnie dziewczęta nie będą przygotowane do pierwszej miesiączki, mogą uważać, że dotknęła je ciężka choroba, zraniły się albo przydarzyło się im coś złego. Taka sytuacja może być przyczyną zachowań agresywnych, autoagresywnych, a nawet depresji. U dorastających chłopców, zwłaszcza z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, podobne reakcje mogą być spowodowane pierwszą ejakulacją (wytrysk nasienia). Jest ona interpretowana jako niekontrolowane oddanie moczu, co może wywoływać wstyd i poczucie mniejszej wartości. Zdarzają się także chłopcy, którzy nie akceptują pojawiania się owłosienia łonowego i pachowego, więc starają się je wyrywać lub golić (Walter 1986, za: Fornalik 2002a). Jedynym sposobem na uniknięcie tych problemów wydaje się rzeczowa i dostosowana do możliwości intelektualnych niepełnosprawnych nastolatków edukacja seksualna.

5.3. Edukacja seksualna dorastających z ograniczoną sprawnością intelektualną

O zdrowiu decyduje nie tylko stan fizyczny i psychiczny organizmu, lecz także poziom rozwoju naszej seksualności. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła pojęcie zdrowia seksualnego. Wskazała przy tym na konieczność integracji biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego ze względu na ich znaczenie dla właściwego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości (Ostrowska 2007).

Osoby niepełnosprawne umysłowo, podobnie jak osoby pełnosprawne, różnią się między sobą, różna jest więc także ich seksualność. Niezależnie jednak od poziomu rozwoju umysłowego wszyscy marzymy o miłości, czułości, przyjaźni, delikatności i poczuciu bezpieczeństwa (Izdebski 2007). W związku z powyższym pojawia się pytanie, w jaki sposób pomagać osobom niesprawnym intelektualnie w odkrywaniu i przeżywaniu własnej seksualności, aby stanowiła ona czynnik wzrostu, a nie była odczytywana jako przejaw dysfunkcji.

Oczekiwania społeczne w zakresie prawidłowej realizacji własnej płciowości mają związek z rozumieniem różnicowania relacji społecznych ze względu na bliskość emocjonalną i bliskość fizyczną, jaką dana relacja dopuszcza. Podstawowym mechanizmem, który pozwala zrozumieć, na czym polega zróżnicowanie relacji, jest społeczne (kulturowe) uczenie się i możliwość transferu wyuczonych w ten sposób zachowań. W przypadku osób upośledzonych umysłowo spontaniczne społeczne uczenie się oraz przenoszenie nabytych umiejętności w sytuacje nowe niejednokrotnie nie występuje lub występuje jedynie w ograniczonym zakresie. Powoduje to zaburzenia w funkcjonowaniu, także w zakresie zachowań seksualnych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Podstawowymi celami edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych powinny być poszerzanie i wzbogacanie ich doświadczeń związanych z kontaktami społecznymi (Izdebski 2007) oraz dostarczenie rzetelnej wiedzy na temat płciowości i seksualności człowieka. Aranżowanie sytuacji, które umożliwiają społeczne uczenie się nawiązywania i podtrzymywania zróżnicowanych ze względu na bliskość emocjonalną i fizyczną relacji, należy do podstawowych zadań rodziców i wychowawców w zakresie wychowania seksualnego osób z ograniczoną sprawnością intelektualną. Rozpoczęcie procesu stymulacji społecznego uczenia się i edukacji seksualnej należy podjąć:

- w jak najmłodszym wieku,
- w jak najszerszym zakresie możliwych do zaistnienia relacji społecznych,
- w jak najbardziej naturalnych dla danej relacji okolicznościach jej realizacji.

W procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych intelektualnie warto podejmować działania wpierające ich seksualność poprzez naukę ekspresji emocjonalnej, przygotowywanie do pełnienia ról i odpowiedzialnego partnerstwa. Możemy w ten sposób zoptymalizować ich warunki rozwojowe. Wychowanie seksualne stanowi bowiem integralną część ogólnego procesu wychowania jednostki do życia w społeczeństwie (Lausch 1987).

Nie unikajmy pytania, jak jednostka z ograniczoną sprawnością intelektualną może przygotować się do konfrontacji z potrzebą doznań seksualnych czy potrzebą posiadania partnera. Tworzenie fikcji czy odsuwanie problemu na potem nie pomagają ani rodzicom, ani nauczycielom, ani tym bardziej samym niepełnosprawnym poradzić sobie z tą sytuacją. Warto zawczasu pomyśleć o stopniowym i delikatnym zapoznawaniu podopiecznych z ich rzeczywistymi, indywidualnymi ograniczeniami, aby móc liczyć na ich współpracę w realizowaniu najbardziej słusznej koncepcji ich dorosłości.

Jak zatem powinna przebiegać edukacja seksualna osoby niesprawnej seksualnie? Warto pamiętać, że wychowanie do życia uczuciowego i seksualnego to przede wszystkim odkrywanie własnego ciała i drugiego człowieka, a także zdobywanie wiedzy na temat ekspresji potrzeb seksualnych.

Świadomość seksualna nie istnieje bez świadomości własnego ciała. Ta część edukacji seksualnej zaczyna się już w pierwszych chwilach życia dziecka. To matka poprzez bliski kontakt cielesno-dotykowy kształtuje fundament seksualności osoby dorosłej. Pamiętajmy, że seksualność to również wiedza o naszej kobiecości i męskości, a nie tylko seks i zachowania seksualne. Edukacja seksualna zaczyna się już w niemowlęctwie. Obejmuje wszystkie nasze zachowania związane z pielęgnacją dziecka i nasze reakcje na przejawy jego seksualności, zwłaszcza na dotykanie genitaliów (Gapik 1997; Obuchowska, Jaczewski 2002; Kościelska 2007). Świadomość ciała to znajomość poszczególnych jego części i wiedza na temat ich funkcjonowania, to także świadomość swoich potrzeb, w tym potrzeb seksualnych. To świadomość naszej płciowości. Świadomości takiej mogą nie mieć jedynie osoby głęboko upośledzone, niewyróżniające siebie od otoczenia i funkcjonujące na poziomie elementarnych odruchów bezwarunkowych. Stanowią one jednak mniej niż 5% całej populacji niepełnosprawnych

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

intelektualnie (Zachara, Dobosiewicz 1987). Pozostałe osoby niepełnosprawne umysłowo, niezależnie od stopnia upośledzenia, odczuwają potrzeby seksualne i mają świadomość własnego ciała. Nie zawsze potrafią je zwerbalizować, ale odpowiednio edukowane będą mogły to robić. Wobec tego pamiętajmy:

- nauka anatomii, rozróżniania i nazywania poszczególnych części ciała, to podstawa edukacji seksualnej – upośledzeni intelektualnie bądź mają o własnym ciele wyobrażenia bardzo mgliste, bądź są w ogóle ich pozbawieni. Niektórzy nie potrafią odróżnić kobiety od mężczyzny lub osoby dorosłej od dziecka;
- szacunek do siebie i swojego ciała jest warunkiem szacunku dla innych. Dbanie o siebie nie tylko służy zdrowiu, lecz także świadczy o szacunku do siebie;
- obnażanie dzieci upośledzonych przy rówieśnikach, dorosłych i obcych zaburza ich poczucie intymności. Starajmy się nie wykonywać czynności higieniczno-pielęgnacyjnych przy innych osobach;
- aby wspomagać proces odczuwania i akceptacji swego ciała, należy włączać dziecko w schematy funkcjonowania właściwe jego płci (trzeba przy tym wyraźnie zaznaczać różnice). Nie odbierajmy płciowości dorastającym niepełnosprawnym intelektualnie poprzez niewłaściwy ubiór czy uczesanie;
- wiedza o istnieniu pierwszorzędowych i drugorzędowych cech płciowych, o istocie bycia dziewczynką czy chłopcem, może być przekazywana dopiero wówczas, gdy dziecko ma już ukształtowane poczucie „ja" (zob. rozdz. 4);
- każdy przechodzi w swoim życiu różne etapy rozwoju, dziewczynka staje się dziewczyną, a potem kobietą, chłopiec staje się młodzieńcem, a następnie mężczyzną, niezależnie od rozwoju intelektualnego;
- nie wolno nie dostrzegać faktu dorastania. Osoby upośledzone umysłowo mają prawo do traktowania stosownego do ich wieku i płci. Lalki, misie, samochodziki nie są najbardziej odpowiednimi prezentami dla dorastających (por. Piszczek 2002).

Świadomość ciała jest nierozerwalnie związana ze świadomością istnienia drugiego człowieka. Przy pracy nad świadomością ciała nie powinno się pomijać zagadnienia relacji z innymi ludźmi. Odkrywanie drugiego człowieka to umiejętność słuchania, kochania, obdarzania innych współczuciem i serdecznością oraz wrażliwość na innych. Podstawą tej edukacji jest utożsamianie się z osobą dorosłą, ojcem bądź matką (Plopa 2005). Poprzez swoje zachowania i wzajemne relacje rodzice przekazują dziecku wiedzę, która kształtuje jego seksualność. Również osoby niesprawne intelektualnie przejmują postawy tych dorosłych, których darzą miłością i szacunkiem. Poprzez identyfikacje odnajdują swą tożsamość, w tym tożsamość płciową. Wychowanie seksualne powinno się odbywać w środowisku przyjaznym, w którym gesty i dotyk wyrażają radość i czułość (Piszczek 2006).

Wrażliwość na drugiego człowieka to także poszanowanie jego odmienności i umiejętność dostrzegania potrzeb innych ludzi. Wychowanie seksualne powinno pomagać człowiekowi w tworzeniu więzi uczuciowych, powinno przygotowywać go do pokonywania wynikających z tych więzi trudności. Dlatego warto przekazywać osobom niepełnosprawnym intelektualnie wiedzę o uniwersalnych

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

zasadach funkcjonowania w relacji z drugą osobą. Osoba upośledzona powinna wiedzieć, że:

- szacunek dla samego siebie to warunek szacunku dla drugiego człowieka – ludzie pozbawieni szacunku do siebie nie uważają się za godnych szacunku innych, ludzie, którzy szanują siebie, potrafią docenić swoją wartość, a w kontaktach z innymi okazują poszanowanie i życzliwość,
- nie należy bez zezwolenia przekraczać stosownego dystansu fizycznego (dotykać, głaskać innych ludzi bez przyzwolenia), trzeba mieć czyjąś zgodę na przytulenie,
- należy rozróżniać sytuacje prywatne i publiczne oraz wiedzieć, jakie zachowania są stosowne w miejscach publicznych, a jakie nie; onanizowanie i obnażanie się w miejscach publicznych, niezależnie od osoby, która to czyni, nie jest akceptowane,
- ordynarne zaczepki i natrętne wpatrywanie się budzą złość i niechęć drugiej osoby,
- nie wolno nikogo zmuszać do robienia czegoś, czego nie chce lub nie rozumie (por. Vanier 2001; Piszczek 2006).

Osoby upośledzone umysłowo szybko uczą się, jak na ich niestosowne zachowania seksualne reagują inni. Nie wzmacniajmy niewłaściwych zachowań naszą postawą. Wielokrotnie powtarzając daną zasadę, możemy nauczyć osoby niesprawne intelektualnie właściwych zachowań społecznych. Ważna jest również konsekwencja – takie same zasady muszą obwiązywać i być egzekwowane we wszystkich miejscach, w których przebywa dorastające dziecko.

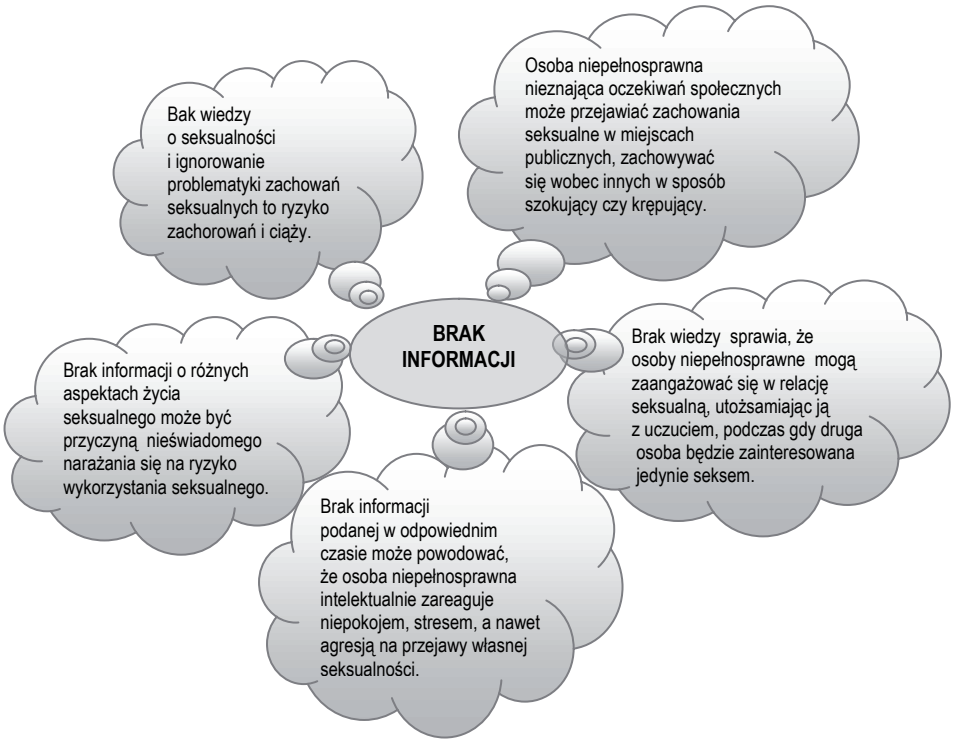
Nie możemy mówić o wychowaniu seksualnym, pomijając temat zachowań seksualnych. Osoby niepełnosprawne intelektualnie odczuwają potrzeby seksualne, podejmują więc zachowania mające na celu ich zaspokojenie. Popęd seksualny osób z ograniczoną sprawnością intelektualną bardzo często pobudzają także środki masowego przekazu. Przekaz medialny stanowi podłoże marzeń i fantazji seksualnych, które w konfrontacji z rzeczywistością sprawiają, że upośledzeni umysłowo czują się odrzuceni, inni, gorsi. Trzeba rozmawiać z podopiecznymi o ich potrzebach, udzielać im porad i informacji, które pozwolą zrozumieć własny organizm i umiejętnie dokonywać wyborów związanych z seksualnością.

Przedstawione powyżej zasady są bardzo ogólne i nie rozwiążą wszystkich problemów opiekunów. W przypadku edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie nie ma jednak żadnych gotowych rozwiązań. Jesteśmy skazani na własny osąd wsparty głęboką znajomością psychiki naszego dorastającego dziecka. Są jednak kwestie, co do których istnieje powszechna zgoda:

- jeśli rozpoczniemy edukację seksualną i kształtowanie właściwych zachowań już w dzieciństwie, unikniemy wielu problemów pojawiających się w okresie dorastania, które wynikają z deficytów tożsamości płciowej i obniżonej kontroli potrzeb seksualnych,
- właściwa, przeprowadzona w sposób dostosowany do poziomu rozumienia dziecka i wielokrotnie powtarzana edukacja seksualna stanowi element profi-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

laktyczny, zabezpieczający przed niepożądaną ciążą, chorobami przenoszonymi drogą płciową i przed przemocą seksualną,
- w pracy z każdym dzieckiem pomaga myślenie o nim jako o osobie dorosłej,
- niezależnie od poziomu rozwoju intelektu najważniejsze są tolerowanie przyjaznego dotyku innych ludzi i sprawna komunikacja z nimi,
- informacje o budowie ciała i jego funkcjach, o wzorcach ról społecznych kobiety i mężczyzny, o ekspresji potrzeb seksualnych, płodności i rodzicielstwie stanowią podstawę wychowania seksualnego, także w przypadku osób z ograniczoną sprawnością intelektualną,
- tworzenie klimatu do zadawania pytań pozwala dostosować edukację seksualną do potrzeb i możliwości osoby upośledzonej umysłowo,
- cierpliwość i zrozumienie stanowią konieczne warunki edukacji seksualnej.


Bak wiedzy o seksualności i ignorowanie problematyki zachowań seksualnych to ryzyko zachorowań i ciąży.
Osoba niepełnosprawna nieznająca oczekiwań społecznych może przejawiać zachowania seksualne w miejscach publicznych, zachowywać się wobec innych w sposób szokujący czy krępujący.
BRAK INFORMACJI
Brak informacji o różnych aspektach życia seksualnego może być przyczyną nieświadomego narażania się na ryzyko wykorzystania seksualnego.
Brak wiedzy sprawia, że osoby niepełnosprawne mogą zaangażować się w relację seksualną, utożsamiając ją z uczuciem, podczas gdy druga osoba będzie zainteresowana jedynie seksem.
Brak informacji podanej w odpowiednim czasie może powodować, że osoba niepełnosprawna intelektualnie zareaguje niepokojem, stresem, a nawet agresją na przejawy własnej seksualności.

Ryc. 29. Niebezpieczeństwa związane z niedoinformowaniem osób niepełnosprawnych o sprawach seksu

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Fairbairn, Rowley 2005.

Dojrzewanie to okres eskalacji procesu rozwojowego. Należy więc pomóc rodzicom i opiekunom uświadamiać sobie nieuchronność tego procesu i wyposażyć ich w odpowiednią wiedzę i umiejętności, które pozwolą nadać mu naturalny i pozytywny charakter. Warto uświadomić sobie, że na długo przed okresem dojrzewania należy wspierać rozwój psychoseksualny dziecka. Trzeba kształtować

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

świadomość własnego ciała, uczyć szacunku do własnej i cudzej intymności, dostarczać wiedzę i pomagać w tworzeniu nawyków zgodnych z normami społecznymi, które chronią przed potencjalnie destrukcyjnymi wpływami otoczenia. Osobom niepełnosprawnym umysłowo potrzebna jest wiedza o seksie, gdyż daje im to możliwość doświadczania radości z podjętych zachowań seksualnych. Brak wiedzy zawsze niesie ze sobą niebezpieczne konsekwencje.

5.4. Rodzice i wychowawcy wobec seksualności osoby niepełnosprawnej intelektualnie

Jak już powiedziano, osoba niepełnosprawna, również niepełnosprawna intelektualnie, rozwija się i staje się w swej istocie kobietą bądź mężczyzną. Nierzadko rodzice podejmują rozpaczliwą walkę z upływającym czasem, za wszelką cenę starając się go zatrzymać. Często wynika to z przeświadczenia, że dzieciństwo to czas rozwoju, że tylko w tym czasie osoba upośledzona umysłowo może robić postępy. Rodzicom może się wydawać, że wraz z przekroczeniem progu dorosłości ich dziecko osiąga szczyt swoich możliwości. Rodzice dzieci pełnosprawnych wobec młodzieńczego buntu i oddalenia się nastolatka od rodziny są niejako zmuszeni do uświadomienia sobie i zaakceptowania faktu, że ich dziecko staje się osobą dorosłą. Rodziców dziecka niepełnosprawnego intelektualnie nic nie zmusza do przyjęcia nowej perspektywy. Opiekowanie się, wyręczanie niepełnosprawnej córki czy syna stwarza iluzję, że to ciągle „duże dzieci". Łatwo oszukać siebie, stosując wobec dziecka określone formy zwracania się czy ubioru, infantylizując je.

Sytuację rodziców mierzących się z problemem dorastania swoich niepełnosprawnych intelektualnie dzieci komplikuje fakt, że w zdecydowanej większości są pozostawieni sami sobie z emocjonalnymi i społecznymi problemami wynikającymi z rozwoju psychoseksualnego ich dzieci. Otoczenie najczęściej obarcza rodziców pełną odpowiedzialnością za reakcje dzieci z ograniczonym rozwojem umysłowym o podłożu seksualnym. Rodzice, najczęściej matki, przejmują ten sposób myślenia i obciążają się poczuciem winy i wstydu za różne trudności swojego dziecka (Stanisławski 2004; Izdebski 2007). Negowanie istnienia problemu seksualności niepełnosprawnych intelektualnie dzieci lub odsuwanie go na bok przez większość rodziców to wynik bezradności, zagubienia i osamotnienia. Wykorzystywane mechanizmy obronne mniej lub bardziej skutecznie pozwalają przystosować się do zaistniałej sytuacji.

Rodzice albo nie podejmują tematu, żyjąc złudną nadzieją, że niepokojące ich objawy nie wystąpią, albo wykazują restrykcyjny lub ambiwalentny stosunek do problemów związanych z seksualnością niepełnosprawnych dzieci, przede wszystkim do ekspresji seksualnej. Szczególnie ta postawa może budzić w osobach niepełnosprawnych intelektualnie poczucie winy, a nawet grzeszności, i kształtować negatywne nastawienie wobec własnej płciowości.

Podstawowe obawy rodziców związane z seksualnością swoich upośledzonych umysłowo dzieci to:

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- lęk przed ciążą,
- strach przed wykorzystaniem emocjonalnym czy seksualnym,
- obawa, że wybrany partner będzie nieodpowiedni – rodzice, wypierając prawdziwy obraz swojego dziecka ze świadomości, nie tolerują innych niepełnosprawnych i nie wyobrażają sobie takiej osoby jako partnera,
- lęk przed niepowodzeniem i frustracją – zawsze istnieje prawdopodobieństwo odrzucenia, gdyż spowodowana nierealnym obrazem siebie, zawyżona samoocena osób głębiej upośledzonych umysłowo prowadzi do lokowania uczuć w nieosiągalnych obiektach; rodzice obawiają się frustracji i kłopotów wynikających z niepowodzeń uczuciowych,
- obawa, że utracą kontrolę nie tylko nad tą sferą życia, lecz także nad innymi zachowaniami swojego dziecka,
- lęk, że przyzwalanie na jakiekolwiek zachowania w sferze seksualnej wywoła obsesję seksualną i rozwiązłość (Przebinda, Smakosz 2002).

Większość rodziców nie wie, jak ich niepełnosprawne dziecko radzi sobie z potrzebami seksualnymi. Żeby mogli w konstruktywny sposób towarzyszyć swoim niepełnosprawnym dzieciom w ich rozwoju psychoseksualnym, potrzebują wsparcia ze strony specjalistów na poszczególnych etapach rozwoju. Tymczasem samym specjalistom zdarza się wątpić w celowość tego typu działań, co wynika między innymi z braku wiedzy, odpowiednich kompetencji zawodowych, „gotowości osobistej" czy świadomości własnych postaw wobec seksualności. Odczuwają wiele wątpliwości i niepokojów dotyczących skutków działań przez nich podjętych, co znacząco wpływa na opór przed wspieraniem tej sfery życia osób niepełnosprawnych, zawężanie zakresu obiektywizmu i nadawanie emocjonalnego aspektu naukowej wiedzy. Specjalistom deklarującym zgodę na prawo osób z niepełnosprawnością intelektualną do realizowania siebie w sferze intymnej zdarzają się ambiwalentne postawy, myślenie stereotypami oraz moralne rozterki (Stanisławski 2004).

Seksualność osób niesprawnych intelektualnie rodzi wiele pytań dotyczących ich dojrzewania płciowego, zachowań seksualnych czy związków partnerskich. Wbrew oczekiwaniom rodziców i wychowawców bardzo trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi na dręczące ich pytania. Fornalik (2004) podjęła próbę przedstawienia pytań najczęściej stawianych przez opiekunów osób niesprawnych intelektualne. Oprócz pytań o właściwości dojrzewania seksualnego w obliczu ograniczonej sprawności intelektualnej szczególnie ważne wydają się pytania dotyczące zachowań seksualnych, takich jak masturbacja czy relacje homoseksualne.

Dlaczego dorastający niepełnosprawni intelektualnie się masturbują?

Masturbacja, czyli pieszczoty własnych narządów płciowych, wraz z pettingiem i neckingiem (przejściowymi formami aktywności seksualnej między masturbacją a stosunkiem heteroseksualnym) należy do typowych zachowań w okresie adolescencji (Obuchowska, Jaczewski 2002). Jest więc właściwa także dla okresu dojrzewania niepełnosprawnych intelektualnie.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Formy zachowań autoerotycznych bywają różne i zależą od stopnia niepełnosprawności intelektualnej. Im wyższy iloraz inteligencji, tym częściej osoba podejmuje pieszczoty ręką (pocieranie, dotykanie i tym podobne). Im większy stopień niepełnosprawności intelektualnej, tym częściej obserwuje się bardziej prymitywne sposoby samozaspokojenia seksualnego, takie jak pocieranie ciałem o meble, podłogę lub zabawki. Zachowania autoerotyczne częściej też mają charakter stereotypowy i stają się czynnością automatyczną, wykonywaną przy innych (Walter 1986, za: Fornalik 2002a; Molicka 1994).

Na podstawie analizy wyników badań empirycznych wyróżniono następujące uwarunkowania masturbacji osób z ograniczoną sprawnością intelektualną:

- **masturbacja jako rozwojowa aktywność wieku adolescencji** – masturbacja to przejaw potrzeby seksualnej w okresie adolescencji, służy poznaniu funkcji swojego ciała, między innymi usprawnianiu mechanizmów wywołujących orgazm;
- **masturbacja jako zastępcza forma realizacji potrzeby seksualnej** – masturbacja jest wynikiem braku możliwości podjęcia współżycia seksualnego z partnerem. W przypadku młodzieży i dorosłych z głębszą niepełnosprawnością intelektualną jest to jeden z głównych powodów jej podejmowania;
- **masturbacja jako forma zaspokojenia „głodu emocjonalnego"** – młodzież i dorośli z niepełnosprawnością intelektualną często doświadczają braku akceptacji, mają niezaspokojoną potrzebę miłości i czułości, a ich życie jest przepełnione lękiem i cierpieniem, co sprawia, że szukają sposobu rozładowania ciągłego napięcia emocjonalnego i odnajdują go w masturbacji. Daje ona chwilowe odprężenie, uspokojenie i poczucie szczęścia. Kiedy negatywne emocje zostaną rozładowane w ten sposób, mogą stać się źródłem podniecenia seksualnego, które będzie wymuszało masturbację;
- **masturbacja jako forma zaspokojenia „głodu stymulacji"** – osoby z niepełnosprawnością intelektualną (zwłaszcza w stopniu znacznym i głębokim) mają ograniczone możliwości zaspokojenia potrzeb związanych z podejmowaną przez jednostkę aktywnością. Sposobem na życie pozbawione aktywności, przepełnione nudą stają się czynności stereotypowe, takie jak kiwanie się czy, w skrajnych przypadkach, zachowania autoagresywne. Reakcją na deprywację bodźców wynikającą z braku aktywności mogą być także zachowania autoerotyczne. Mają one wówczas charakter czynności automatycznych, co oznacza, że są wykonywane mimowolnie, bez kontroli;
- **masturbacja jako forma sprzeciwu wobec dorosłych** – zdarza się, że dla niektórych niepełnosprawnych masturbacja to jedyny sposób, aby zwrócić na siebie uwagę otoczenia. Dlatego bywa często powtarzana, nawet jeśli takie zachowania są karane;
- **masturbacja jako konsekwencja wykorzystania seksualnego w dzieciństwie** (por. Molicka 1994; Nowak-Lipińska 1996b; Fornalik 2004).

Ustalenie przyczyn podejmowania zachowań masturbacyjnych u konkretnej osoby z niepełnosprawnością intelektualną jest jednym z najważniejszych czynników, które decydują o sposobie reagowania na tę aktywność.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Jak i kiedy reagować na masturbację osób niepełnosprawnych?

Trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie, gdyż nie ma jednej uniwersalnej recepty. Reakcja na zachowania autoerotyczne zależy bowiem od okoliczności, w jakich występuje masturbacja, oraz od czynników stanowiących przyczynę takiego zachowania. Należy więc bardzo wnikliwie i ze spokojem obserwować dziecko. Pozwoli to dotrzeć do przyczyn zachowań autoerotycznych i umożliwi właściwe sposoby reakcji, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Badania dorastających z normą intelektualną pokazują, że do masturbacji przyznaje się od 60% do przeszło 90% chłopców i od 1% do przeszło 40% dziewcząt (Beisert 1991; Izdebski 2000). W sytuacji, w której masturbacja jest naturalną konsekwencją okresu dorastania i nie wynika z przyczyn pozaseksualnych, powinniśmy pamiętać, żeby nie traktować jej jako „objawu upośledzenia". Nie należy karać nastolatka za podejmowanie takich zachowań, gdyż kara może tylko nasilić zachowania autoseksualne lub sprowokować zachowania agresywne bądź autoagresywne.

masturbacja jako wynik braku aktywności – pojawia się, gdy dziecko jest bezczynne, nudzi się, gdy mało aktywnie spędza swój czas
zmiana trybu życia, wzbogacenie środowiska społecznego, rozbudzenie zainteresowań, stymulacja i wspieranie podejmowania różnorodnych działań może zmniejszyć lub wyeliminować masturbację
masturbacja jako sposób na rozładowanie frustracji, napięć emocjonalnych – pojawia się w sytuacji nasilania się problemów, również rodzinnych
ustalenie źródeł przeżywanych problemów i pomoc w ich rozwiązaniu, rozwiązanie problemów rodzinnych, dbanie o równowagę pomiędzy pozytywnymi i negatywnymi doświadczeniami, uczenie alternatywnych sposobów wyrażania swoich stanów uczuciowych
masturbacja jako sposób zdobywania uwagi otoczenia (rodziców, nauczycieli) lub jako forma prowokacji
adekwatnym sposobem może okazać się świadome ignorowanie zachowania syna/córki, a zarazem obdarzanie uwagą w innych sytuacjach, dbanie o właściwy kontakt emocjonalny, akceptacja dziecka

Ryc. 30. Masturbacja osób niepełnosprawnych intelektualnie – przyczyny i sposoby reagowania

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Fornalik 2004.

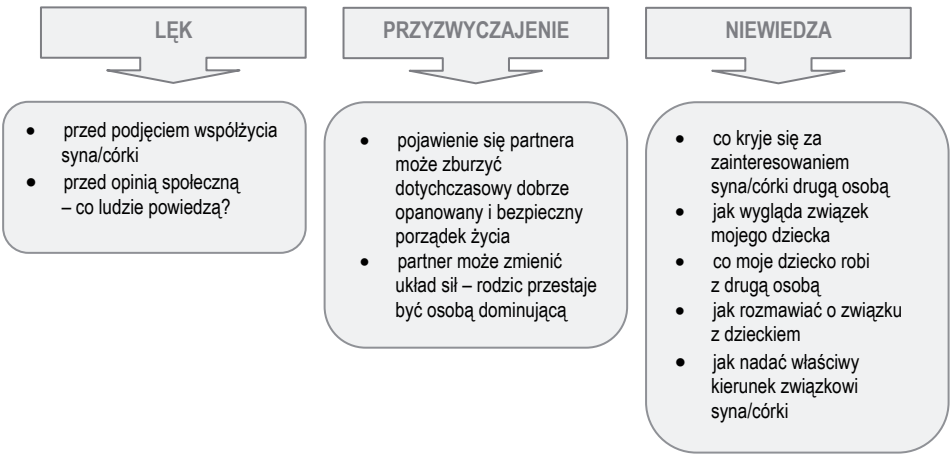
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Bardzo ważne, wręcz konieczne, w przypadku masturbacji dorastających z niepełnosprawnością intelektualną jest uczenie podopiecznych, aby zachowania autoseksualne były podejmowane w miejscach intymnych (własny pokój, łazienka) i w samotności, z zachowaniem zasad higieny. Nie możemy pozwalać na masturbację w miejscach publicznych i w obecności innych.

W przypadku młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnością umysłową, zwłaszcza w stopniu znacznym i głębokim, masturbacja może stanowić jedyną formę ekspresji seksualnej. Dlatego mimo wielu wątpliwości, często natury światopoglądowej, należy zastanowić się, czy mamy prawo jej zakazywać. Poważne zastrzeżenia, zwłaszcza rodziców, budzi także problem udzielania informacji i wskazówek na temat uzyskiwania satysfakcji seksualnej poprzez masturbację. Głównie dlatego, że często może odbywać się to jedynie na drodze bezpośredniej demonstracji (por. Nowak-Lipińska 1996b; Fornalik 2004).

Czy osoby niepełnosprawne intelektualnie mogą i powinny tworzyć związki?

Potrzeba miłości i więzi dotyczy każdego z nas – zarówno niepełnosprawnego fizycznie lub intelektualnie, jak i w pełni zdrowego. Dla osób upośledzonych umysłowo związki partnerskie, w tym małżeństwo, stanowią cenioną wartość. Tymczasem badania Izdebskiego (2005) pokazały, że 26% Polaków nie akceptuje małżeństw osób niepełnosprawnych intelektualnie. Szczególnie przeciwne są kobiety, osoby starsze oraz osoby wierzące i praktykujące.


LĘK
PRZYZWYCZAJENIE
NIEWIEDZA
przed podjęciem współżycia syna/córki
przed opinią społeczną – co ludzie powiedzą?
pojawienie się partnera może zburzyć dotychczasowy dobrze opanowany i bezpieczny porządek życia
partner może zmienić układ sił – rodzic przestaje być osobą dominującą
co kryje się za zainteresowaniem syna/córki drugą osobą
jak wygląda związek mojego dziecka
co moje dziecko robi z drugą osobą
jak rozmawiać o związku z dzieckiem
jak nadać właściwy kierunek związkowi syna/córki

Ryc. 31. Dlaczego rodzice/opiekunowie ograniczają osobom niepełnosprawnym intelektualnie kontakty z partnerem?

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Speck 1986, za: Fornalik 2007.

Według Andrzeja Jaczewskiego popęd seksualny składa się z dwóch komponentów: potrzeby więzi, rozumianej jako chęć posiadania kogoś bliskiego, dającego poczucie spokoju, bezpieczeństwa i ciepła, oraz potrzeby rozładowania na-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

pięcia seksualnego, rozumianej jako specyficzny stan organizmu (Obuchowska, Jaczewski 2002). Osoby niepełnosprawne, doświadczając popędu seksualnego, przeżywają takie same dylematy uczuciowe jak osoby pełnosprawne. Doznają porażek i radości. W sferze uczuć boją się odrzucenia, nieodwzajemnionej miłości, boją się o swoich partnerów. Potrafią także uzewnętrzniać uczucia, dbać o swojego partnera, okazywać zaangażowanie i opiekuńczość.

Ramka 8. Rozwój psychoseksualny niepełnosprawnych intelektualnie

Wyniki badań

Fornalik (2002a) przebadała 100 chłopców i dziewcząt w wieku 11–21 lat z niepełnosprawnością umiarkowaną i znaczną mieszkających z rodzicami oraz w domach pomocy społecznej.

- odczuwanie potrzeby kontaktu emocjonalnego – wbrew opiniom, że osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną nie są zdolne do miłości, 22% opiekunów zaobserwowało to zjawisko; obiektami miłości są pełnosprawni dorośli (opiekunowie, rehabilitanci) lub niepełnosprawni rówieśnicy,
- formy ekspresji miłości – dążenie do nawiązania kontaktu 95%, dążenie do bliskości fizycznej 77%, opowiadanie o osobie obdarzonej uczuciem 68%, zaczepianie 64%, przejawianie zachowań adorujących (dawanie prezentów, dzielenie się, prawienie komplementów) 45%, wyrażanie werbalne uczuć wobec obiektu 45%,
- realizacja uczuć w związkach – rzadko istnieje możliwość realizacji uczuć w związkach heteroseksualnych, sympatię posiadało lub posiada 14% chłopców i 7% dziewcząt (przy czym sympatię posiadają wyłącznie osoby mieszkające w domu rodzinnym).

Ryszard Pichalski (2005) badał potrzeby seksualne młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu lekkim. Na podstawie swoich badań sformułował następujące wnioski:

- młodzież niepełnosprawna intelektualnie odczuwa podobne potrzeby miłości, poczucia godności i akceptacji społecznej jak zdrowi rówieśnicy, lecz ma większe problemy w znalezieniu partnera,
- dla niepełnosprawnych intelektualnie nastolatków, podobnie jak dla ich zdrowych rówieśników, ważne są miłość, przyjaźń i rodzina,
- badani wykazali się dużą wiedzą na temat zachowań seksualnych człowieka, jego potrzeb, sposobów zapobiegania ciąży – informacje czerpali w sposób jednostronny z prasy, mały procent rozmawiał o tych sprawach z rodzicami,
- niepełnosprawni intelektualnie podchodzą do związków podobnie jak zdrowi rówieśnicy, opierają je na uczuciach, fascynacji, zauroczeniu.

Jakkolwiek otoczenie społeczne odbiera seksualizm upośledzonych umysłowo jako rozdzielenie miłości, której upośledzeni umysłowo nie odczuwają, od seksu, który z kolei stanowi funkcję immanentną, to potrzeba miłości i bezpieczeństwa należy do podstawowych potrzeb odczuwanych przez niepełnosprawnych intelektualnie. Badania pokazują, że pozbawienie osoby upośledzonej miłości, bliskości lub przyjaźni może być przyczyną regresu i spadku zainteresowań dniem codziennym (Kruk-Lasocka, Wawrzyniak 2004; Kruk-Lasocka 2005).

> *Nikt z nas nie może wartościować uczuć, dzielić je na bardziej lub mniej prawdziwe i z góry zakładać, że np. osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są w stanie kogoś pokochać tak mocno i prawdziwie jak tzw. pełnosprawni.*
>
> (Lausch, Lausch 2002, s. 76)

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Jak już wielokrotnie wspomniano, proces dojrzewania nastolatków z niepełnosprawnością umysłową niewiele się różni od dorastania osób sprawnych. Natomiast wybór partnera i realizacja potrzeb w heteroseksualnych związkach partnerskich nabiera innego znaczenia w obliczu ograniczonej sprawności intelektualnej. Zjawisko nawiązywania kontaktów heteroseksualnych przez osoby upośledzone, zwłaszcza w stopniu znacznym, właściwie nie istnieje. Alternatywną formą są więc związki homoseksualne. Kazimiera Nowak-Lipińska (2002) prowadziła badania nad czynnikami sprzyjającymi zachowaniom homoseksualnym wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej. Według niej najczęstszą formą tych zachowań był petting, a ich przyczynami – brak edukacji seksualnej i ograniczone kontakty z przedstawicielami płci przeciwnej. Omawiane praktyki seksualne często odbywają się na oczach innych, co niejednokrotnie wynika z braku miejsc na intymne spotkania.

PAMIĘTAJMY

- ✓ Dzieci w końcu dorastają – dorastający z niepełnosprawnością intelektualną staną się dorosłymi kobietami i mężczyznami z upośledzeniem umysłowym, muszą więc mieć możliwość określenia sposobu, w jaki chcą przeżywać swoją seksualność.
- ✓ Nie ma typowych ludzi z niepełnosprawnością intelektualną i nie możemy tego powiedzieć o ich seksualności.
- ✓ Zbyt rygorystyczne zakazy i kary mogą doprowadzić do potajemnego zaspokajania potrzeb płciowych, a tym samym wytwarzania się poczucia winy, narastania lęku i zahamowań.
- ✓ Każdemu trzeba pozostawić jego nienaruszalny obszar, który nie podlega kontroli z zewnątrz.
- ✓ Przygotowanie dziecka do dojrzewania osłabia strach przed zmianami, które zachodzą w jego ciele.
- ✓ Nie możemy zakładać, że osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są w stanie kontrolować swojego popędu seksualnego. Jeżeli potrafimy nauczyć kontrolowania i zaspokajania potrzeb fizjologicznych w sposób akceptowany społecznie, możemy również nauczyć podobnego postępowania w przypadku potrzeb seksualnych.
- ✓ Podstawą edukacji seksualnej jest szacunek dla ciała dorastającej osoby, także niepełnosprawnej intelektualnie.
- ✓ Warto zastosować zasadę intymności miejsca i czasu – nauczmy dziecko, że zaspokajanie seksualne jest sprawą prywatną i nie powinny w tym uczestniczyć inne osoby.
- ✓ Nasze trudności i niepokoje związane z seksualnością nie powinny wpływać na edukację seksualną osoby niepełnosprawnej intelektualnie.
- ✓ Ignorowanie masturbacji nie przynosi dobrych efektów. Zachowania te mogą pełnić funkcję zastępczą, należy więc znaleźć sposób zaspokojenia potrzeby pierwotnej, na przykład zwiększyć liczbę ćwiczeń rozwijających aktywność własną.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- ✓ Potrzeba seksualna to przede wszystkim potrzeba więzi emocjonalnej. Zapewnienie tej więzi jest nieodzowne dla prawidłowego rozwoju osoby niepełnosprawnej intelektualnie.
- ✓ Jeżeli obserwowane zachowania u dziecka są faktycznie sposobem rozładowania napięcia seksualnego, ale są niewłaściwe albo zbyt częste, to należy maksymalnie ograniczać sytuacje wyzwalające podniecenie.
- ✓ Nawet jeżeli wiele kobiet upośledzonych intelektualnie nigdy nie zajdzie w ciążę, a wielu upośledzonych mężczyzn nigdy nie zapłodni kobiety, zawsze pozostaje znacząca liczba tych, którzy mogą posiadać potomstwo. Dlatego ważne jest, aby nauczyli się, co to jest ciąża i poród. Należy przekazywać upośledzonym wiedzę o obowiązkach i odpowiedzialności rodziców w stosunku do swoich dzieci.
- ✓ W wieku młodzieńczym ujawnia się potrzeba przyjaźni między chłopcami a dziewczętami. Młodzież upośledzona powinna mieć sposobność spotykania się w grupach koedukacyjnych, w których przyjaźnie takie mogłyby być nawiązywane w sposób społecznie akceptowany i kontrolowany przez wychowawców. W przeciwnym wypadku popęd nie będzie mógł ulec socjalizacji.

ZALECANA LITERATURA

Lausch K., Lausch K. (2002). Wychowanie seksualne uczniów z głębszą niepełnosprawnością intelektualną – wybrane zagadnienia. W: M. Piszczek (red.), *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym* (cz. 2, s. 56–76). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Fornalik I. (2006). Jak pomóc młodzieży o zaburzonym rozwoju pokonać drogę do dorosłości? W: A. Twardowski (red.), *Wspomaganie dzieci z genetycznie uwarunkowanymi wadami rozwoju i ich rodzin* (s. 207–217). Poznań: Oddział Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Rozdział 6

Problemy dorastających z niepełnosprawnością intelektualną

Adolescencja to nie tylko okres wzrostu sił witalnych, możliwości umysłowych, poszerzania i pogłębiania więzi emocjonalnych, lecz także czas, w którym pojawiają się liczne zagrożenia. Wynika to zarówno z psychologicznych konsekwencji przemian biologicznych, trudności w określeniu własnej tożsamości, jak i poszukiwań własnego miejsca w społeczeństwie. Dla młodzieży, która nie radzi sobie z tymi przemianami, typowe są:

- lęki związane ze szkołą i osiągnięciami w nauce, dotyczące miejsca w grupie rówieśniczej i potrzeb seksualnych,
- zaburzenia odżywiania – anoreksja, bulimia,
- uzależnienia,
- zachowania destrukcyjne – agresja, przestępczość i próby samobójcze,
- zaburzenia psychiczne – depresja (Obuchowska 2006).

Przejście przez okres dojrzewania staje się trudniejsze, jeśli zwykłym zmianom okresu adolescencji towarzyszą problemy ponadnormatywne. Do takich problemów możemy niewątpliwie zaliczyć ograniczoną sprawność intelektualną, która wpływa na funkcjonowanie dorastających w wymiarze somatycznym, psychicznym i społecznym.

6.1. Sytuacje trudne i ich konsekwencje w życiu nastolatków niepełnosprawnych intelektualnie

W codziennym życiu znajdujemy się w wielu różnych sytuacjach, które interpretujemy jako normalne, optymalne lub trudne. Według Tyszkowej sytuacja „jest ujmowana jako układ stosunków pomiędzy warunkami zewnętrznymi, zadaniami i możliwościami jednostki" (1986, s. 20). Kiedy możliwości jednostki, zadania i warunki zewnętrzne są do siebie dopasowane, mamy do czynienia z sytuacją normalną. Kiedy pasują do siebie doskonale, mówimy o sytuacji optymalnej. Niedopasowanie tych elementów sprawia, że sytuacja staje się trudna (Tomaszewski 1982). Sytuacje trudne mogą różnić się między sobą rodzajem czynników negatywnych i zagrażających, czasem ich oddziaływania, zakresem występowania możliwości obrony, a także charakterem skutków, które pojawiają się jako konsekwencja ich oddziaływania.

Tadeusz Tomaszewski (1982), uwzględniając rodzaje zakłóceń, wyróżnił sytuacje utrudnienia, przeciążenia, deprywacji, zagrożenia oraz sytuacje konfliktowe.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Sytuacje utrudnienia powstają, kiedy możliwości wykonania zadania zostają zmniejszone na skutek pojawienia się przeszkód lub braku określonych elementów niezbędnych do jego wykonania. Już sam fakt ograniczonej sprawności intelektualnej stwarza takie sytuacje. Dorastający może mieć bowiem trudności w porozumiewaniu się, w zaspokajaniu swoich potrzeb (również fizjologicznych) lub w realizowaniu podstawowych ról społecznych na określonym etapie życia. Sytuacje utrudnienia doświadczane przez upośledzonych umysłowo nastolatków wynikają często z przeszkód istniejących na zewnątrz podmiotu. Są to przede wszystkim bariery natury społecznej. Społeczna skłonność do typowości powoduje, że tych mniej licznych traktujemy w sposób stereotypowy (por. Kowalik 2001).

Zgodnie z koncepcją Roberta Havighursta (1972, za: Przetacznik-Gierowska 2002) człowiek realizuje w każdym stadium życiowym określone zadania rozwojowe. Na okres adolescencji przypadają: osiągnięcie nowych, bardziej dojrzałych więzi z rówieśnikami, odnalezienie się w roli kobiecej lub męskiej, skuteczne posługiwanie się własnym ciałem, osiągnięcie niezależności uczuciowej od rodziców i innych dorosłych oraz gotowość do małżeństwa i życia w rodzinie. Niepełnosprawność intelektualna znacznie utrudnia wypełnianie wskazanych zadań rozwojowych.

Deprywacja to takie sytuacje, w których podmiot pozbawiony jest czegoś potrzebnego do normalnego funkcjonowania. Innymi słowy, są to sytuacje, w których nie mogą zostać zaspokojone jakieś podstawowe potrzeby (fizjologiczne, społeczne, psychiczne). Szczególnym rodzajem deprywacji jest zanik poczucia wartości. Kiedy jednostka traci poczucie własnej wartości i godności, gubi poczucie sensu własnych działań, a tym samym traci poczucie sensu życia. Badania pokazują, że jednym ze skutków niepełnosprawności intelektualnej może być zaniżony obraz siebie, co prowadzi do niskiej samooceny. Dorastający z upośledzeniem umysłowym często doświadczają deprywacji potrzeby bezpieczeństwa, aprobaty i przyjemności płynących z kontaktu ze światem. Nagromadzenie doświadczeń tego typu może prowadzić do lęku, niepewności, wrogości, zbytniej uległości oraz tworzenia się wyidealizowanego obrazu siebie, który ma kompensować poczucie niższości (zob. rozdz. 3).

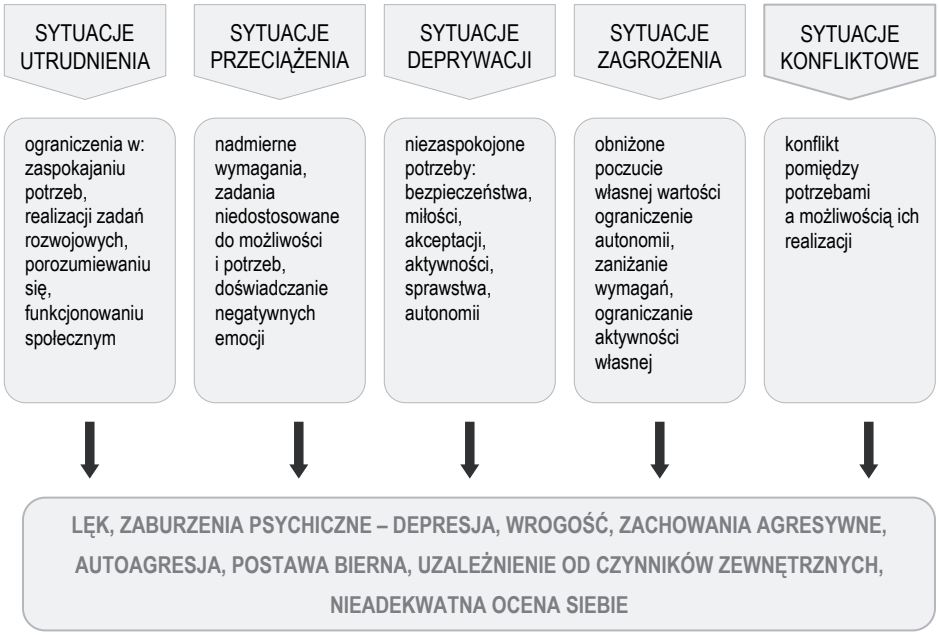
Sytuacje przeciążenia powstają, gdy poziom trudności zadania jest na granicy możliwości podmiotu (jego sił fizycznych, umysłowych lub wytrzymałości psychicznej). Osoby niepełnosprawne intelektualnie niejednokrotnie muszą rozwiązywać zadania zbyt trudne i złożone, funkcjonują w warunkach niedostosowanych do ich indywidualnych potrzeb i możliwości. W takich sytuacjach doznają lęku przed porażką, a także starają się bronić przed ośmieszeniem i poniżeniem, przyjmując postawy agresywne bądź bierne i uległe.

Zagrożenie pojawia się, gdy istnieje zwiększone prawdopodobieństwo naruszenia wartości cenionej przez podmiot (życia, zdrowia, pozycji społecznej, dobrego samopoczucia). Obserwacje i analizy sytuacji, w których uczestniczą osoby niepełnosprawne (Kościelska 2000; Lipińska 2000; Gołubiew-Konieczna 2002; Kruk-Lasocka, Wawrzyniak 2004), pokazują, że najczęściej występują za-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

grożenia realizacji takich potrzeb jak potrzeba bezpieczeństwa, osiągnięć, niezależności, własnej wartości, samorealizacji i miłości. Sprawia to, że zagrożony jest cały proces rozwojowy osoby niepełnosprawnej.

W **sytuacji konfliktowej** znajdujemy się, gdy poddawani jesteśmy oddziaływaniu sprzecznych tendencji. U dorastających z upośledzeniem umysłowym mogą to być naciski zewnętrzne w postaci rodzicielskich czy nauczycielskich nakazów przeciwstawiane pragnieniom nastolatka i jego indywidualnym potrzebom. Ważnym obszarem konfliktów jest w przypadku niepełnosprawnych intelektualnie adolescentów sprzeczność pomiędzy silnie rozbudzonymi potrzebami (na przykład seksualnymi) a możliwościami ich zaspokojenia.


SYTUACJE UTRUDNIENIA
SYTUACJE PRZECIĄŻENIA
SYTUACJE DEPRYWACJI
SYTUACJE ZAGROŻENIA
SYTUACJE KONFLIKTOWE
ograniczenia w: zaspokajaniu potrzeb, realizacji zadań rozwojowych, porozumiewaniu się, funkcjonowaniu społecznym
nadmierne wymagania, zadania niedostosowane do możliwości i potrzeb, doświadczanie negatywnych emocji
niezaspokojone potrzeby: bezpieczeństwa, miłości, akceptacji, aktywności, sprawstwa, autonomii
obniżone poczucie własnej wartości ograniczenie autonomii, zaniżanie wymagań, ograniczanie aktywności własnej
konflikt pomiędzy potrzebami a możliwością ich realizacji
LĘK, ZABURZENIA PSYCHICZNE – DEPRESJA, WROGOŚĆ, ZACHOWANIA AGRESYWNE, AUTOAGRESJA, POSTAWA BIERNA, UZALEŻNIENIE OD CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH, NIEADEKWATNA OCENA SIEBIE

Ryc. 32. Sytuacje trudne i ich konsekwencje w życiu niepełnosprawnych adolescentów

Źródło: opracowanie własne.

Wymienione sytuacje trudne nie wykluczają się wzajemnie, ale mogą występować wspólnie. Możemy wtedy mówić o sytuacji stresowej. Każda taka sytuacja obniża jakość wykonywanych czynności, co może powodować cały szereg zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym i psychicznym. Sytuacje stresowe mogą doprowadzić do występowania zaburzeń osobowości charakteryzujących się między innymi podwyższonym poziomem lęku lub agresji, a także zmianami w obrazie samego siebie.

Przeciążenie sytuacjami trudnymi może doprowadzić do zaburzeń zachowania u dorastających niepełnosprawnych intelektualnie. Według Jana Konopnickiego

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

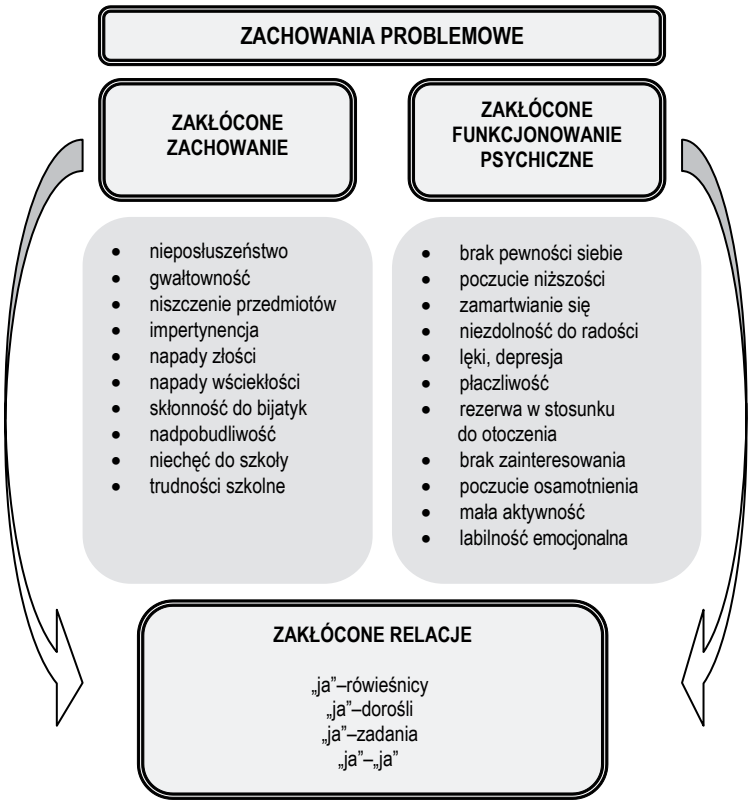
zaburzone zachowanie to takie, które odbiega od normy, przy czym za normę uważamy zasady moralne, obyczajowe i zwyczaje przyjęte w danym środowisku. Stopień odchylenia od tychże norm będzie świadczył o sile czy natężeniu zaburzenia (Konopnicki 1971). Zachowanie odbiegające od przyjętych norm utożsamia się z niedostosowaniem społecznym. Niedostosowana społecznie jednostka przeciwstawia się społecznym wymogom, normom i nakazom. Początkowo niedostosowanie przejawia się w sporadycznych wykroczeniach, takich jak nieposłuszeństwo czy kłamstwo, stopniowo jednak przyjmuje coraz ostrzejszą formę. Osoba niedostosowana społecznie źle się czuje w sytuacjach społecznych i nie potrafi, a czasem nie chce, funkcjonować zgodnie z przyjętymi normami. Skutkiem jest poszukiwanie dla siebie alternatywnych rozwiązań, często nieakceptowanych społecznie (Balcerek-Kałek 2003).

Obuchowska (1996) proponuje określenie „zachowania problemowe". Pozwala ono na inne spojrzenie na zachowania odbiegające od przyjętych norm. Zachowania zaburzone, negatywne są bowiem zachowaniami, które należy wyeliminować, natomiast zachowania problemowe wymagają uwagi, ustosunkowania się i zastanowienia nad rozwiązaniem. Nie patrzymy też na osoby przejawiające zachowania problemowe jak na jednostki trudne, niedostosowane społecznie, zaburzone czy sprawiające trudności wychowawcze, ale jak na osoby, którym należy pomóc. Z perspektywy dziecka i dorastającego są to często zachowania, za pomocą których świadomie bądź nieświadomie sygnalizuje swoje niezaspokojone potrzeby.

> (…) *największą krzywdę, jaką można uczynić dzieciom trudnym, to zabić w nich wiarę w to, że ukryte w nich dobro może i powinno zatriumfować*
>
> (Grzegorzewska 1968, s. 37)

Zjawisko zachowań problemowych nabiera szczególnego znaczenia w przypadku młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie. Z każdym z tych zachowań wiążą się bowiem negatywne emocje. Są one nie tylko sygnałem tego, że przeżywana sytuacja jest trudna, lecz także nasilają pierwotne trudności i powodują tak zwaną pętlę dodatnich sprzężeń zwrotnych, którą niezwykle trudno zatrzymać (Stasiakiewicz 2001). Dlatego tak ważne jest uwrażliwianie rodziców i wychowawców na rozpoznawanie zachowań problemowych dorastających z niepełnosprawnością intelektualną.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436



Ryc. 33. Przejawy zachowań problemowych

Źródło: opracowanie własne.

6.2. Zachowania agresywne dorastających – czy to przejaw upośledzenia?

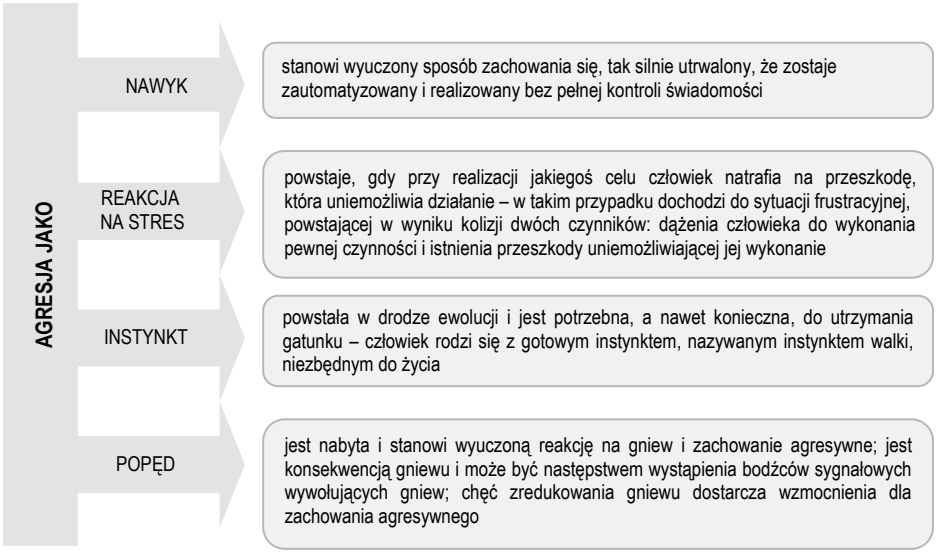
Agresja wśród dzieci i młodzieży nie należy do zjawisk nowych ani nie ma charakteru incydentalnego. Jest jednym z kluczowych elementów egzystencji człowieka. Występuje powszechnie, na każdym etapie rozwoju człowieka i w każdym środowisku, w którym jednostka przebywa. Według Jenö Ranschburga (1993, s. 93) agresją możemy nazwać „każde zamierzone działanie – w formie otwartej lub symbolicznej – mające na celu wyrządzenie komuś lub czemuś szkody, straty lub bólu". Agresja może mieć charakter konstruktywny, wiązać się z dążeniem do zaspokojenia własnych potrzeb lub potrzeb innych osób, bądź destruktywny, wtedy mówimy o przemocy. Agresja konstruktywna to agresja, która prowadzi do rozwoju i z reguły jest akceptowana społecznie. Natomiast agresja destruktywna to takie zachowanie jednostki lub grupy, w wyniku którego inne osoby są poszkodowane, ponosząc uszczerbek na zdrowiu (Kmiecik-Baran 2000).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Zachowania agresywne mogą przybierać różne formy. Wśród autorów nie ma zgody co do ich genezy. Istnieje kilka sposobów klasyfikowania agresji:

- **ze względu na formę:**
  - agresja słowna (werbalna) – wulgarne słowa, wyśmiewanie, przezywanie, poniżanie, groźby mające na celu zranienie drugiej osoby, słowa wywołujące strach, poczucie krzywdy lub odrzucenia emocjonalnego,
  - agresja fizyczna (motoryczna) – bezpośredni atak fizyczny na drugą osobę (bicie, kopanie, gryzienie, plucie, niszczenie mienia i podobne zachowania),
- **ze względu na cel zachowania agresywnego:**
  - agresja instrumentalna – narzędzie umożliwiające osiągnięcie celu; jednostka ucieka się do agresji, gdyż tylko w ten sposób może zrealizować swoje plany i zamierzenia,
  - agresja afektywna – spowodowana pobudkami wewnętrznymi, niezwiązana z żadnymi korzyściami, jej celem jest sprawienie komuś przykrości, bólu,
  - agresja społeczna – skierowana przeciw społeczności,
  - agresja prospołeczna – służąca interesom jednostki i społeczeństwa,
- **ze względu na charakter związków między agresorem i ofiarą:**
  - agresja bezpośrednia – zachowanie dotykające drugą osobę i bezpośrednio na nią wpływające; ofiara agresji może dokładnie ustalić źródła negatywnych działań,
  - agresja pośrednia – agresor pozostaje trudny do zidentyfikowania, może to być na przykład plotkowanie; sprawca pozostaje anonimowy lub stara się taki pozostać,
  - agresja czynna – działania szkodliwe dla osób lub przedmiotów, na które się ją kieruje, aktywne działanie na szkodę innego człowieka,
  - agresja bierna – agresor przez samą swoją obecność uniemożliwia innej osobie wykonanie zamierzonego działania, powstrzymanie się od określonego działania powoduje szkodliwe konsekwencje dla osoby będącej przedmiotem agresji,
- **ze względu na element wyzwalający:**
  - zachowania agresywne spowodowane postępowaniem innych osób,
  - zachowania agresywne spowodowane wypowiedziami innych osób,
  - zachowania agresywne spowodowane przeszkodami i niepowodzeniami we własnym działaniu,
- **ze względu na ukierunkowanie:**
  - agresja skierowana na zewnątrz – jej obiektem staje się inna osoba, przedmiot lub zjawisko,
  - agresja skierowana do wewnątrz (autoagresja) – osoba niszczy samą siebie poprzez samokrytykę, samoponiżanie, zaniedbywanie własnych spraw, samookaleczanie, samobójstwo (Skorny 1968; Frączek 1996).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436


AGRESJA JAKO
NAWYK
stanowi wyuczony sposób zachowania się, tak silnie utrwalony, że zostaje zautomatyzowany i realizowany bez pełnej kontroli świadomości
REAKCJA NA STRES
powstaje, gdy przy realizacji jakiegoś celu człowiek natrafia na przeszkodę, która uniemożliwia działanie – w takim przypadku dochodzi do sytuacji frustracyjnej, powstającej w wyniku kolizji dwóch czynników: dążenia człowieka do wykonania pewnej czynności i istnienia przeszkody uniemożliwiającej jej wykonanie
INSTYNKT
powstała w drodze ewolucji i jest potrzebna, a nawet konieczna, do utrzymania gatunku – człowiek rodzi się z gotowym instynktem, nazywanym instynktem walki, niezbędnym do życia
POPĘD
jest nabyta i stanowi wyuczoną reakcję na gniew i zachowanie agresywne; jest konsekwencją gniewu i może być następstwem wystąpienia bodźców sygnałowych wywołujących gniew; chęć zredukowania gniewu dostarcza wzmocnienia dla zachowania agresywnego

Ryc. 34. Genaza zachowań agresywnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Cofer, Appley 1972.

Początkowo badania dotyczące występowania agresji u osób upośledzonych umysłowo były domeną kryminologii, gdyż utożsamiano ograniczenie sprawności intelektualnej ze skłonnościami przestępczymi. Uważano, że niepełnosprawni intelektualnie odbierają świat jako wrogi i dlatego mają szczególne predyspozycje do zachowań agresywnych (Bartkowicz 1983). Współcześnie prowadzone badania pokazują, że nie możemy postawić znaku równości pomiędzy agresywnością a niepełnosprawnością intelektualną (Giryński 1995; 1997; Skowrońska 1997; Mikrut 2000). Udało się dowieść, że osoby upośledzone umysłowo przejawiają zachowania agresywne w ten sam sposób i z podobną częstotliwością jak osoby w normie intelektualnej. Jedyne różnice, które zauważono, wiązały się ze sposobami wyrażania agresji. Należy więc przyjąć, że zachowania agresywne nie są czynnikiem różnicującym w sposób istotny osoby z ograniczoną sprawnością intelektualną i osoby w normie intelektualnej. Co w takim razie ma wpływ na zachowania agresywne dorastającej młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie?

Duża liczba i szeroki zakres zmian sprawiają, że dorastanie jest okresem stresogennym. Nastolatki nie posiadają jeszcze w pełni skutecznych strategii zaradczych, które umożliwiają radzenie sobie w sytuacjach trudnych. Młodzież niepełnosprawna intelektualnie podlega tym samym prawom rozwojowym co jej zdrowi rówieśnicy, musi więc radzić sobie z podobnymi wyzwaniami i w podobny sposób reaguje na przeżywane trudności. Przyjmuje się, że zachowania agresywne młodzieży są rezultatem wzajemnie na siebie oddziałujących czynników, takich jak stres, braki w zakresie umiejętności rozwiązywania problemów i negatywna presja rówieśników (Gaś 1995). Niepełnosprawność intelektualna i jej konsekwencje intensyfikują oddziaływanie powyższych czynników.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Ramka 9. Zachowania agresywne młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie i jej pełnosprawnych rówieśników

Wyniki badań

Brygida Bobek (1989, za: Mikrut 1998) w swoich badaniach dotyczących zachowań agresywnych wśród niepełnosprawnych intelektualnie nie stwierdziła istotnych statystycznie różnic częstości występowania agresji między dziewczętami i chłopcami upośledzonymi a nieupośledzonymi. Badania wykazują, że u dziewcząt upośledzonych występują nieświadome skłonności agresywne i samoagresja fizyczna, natomiast u dziewcząt w normie intelektualnej wrogość wobec otoczenia i agresja fizyczna. U chłopców upośledzonych pojawia się najczęściej samoagresja emocjonalna, a chłopcy w normie przejawiają agresję pośrednią.

Andrzej Giryński (1995) w swoich badaniach młodzieży potwierdził, że między osobami upośledzonymi umysłowo a osobami w normie intelektualnej nie zachodzi istotna różnica stopnia nasilenia agresywnego zachowania. Zaobserwował ponadto, że u młodzieży o prawidłowym poziomie rozwoju intelektualnego można zauważyć większą tendencję do manifestowania zachowań agresywnych. Wyniki wskazują, że pojawienie się wysokiego nasilenia zachowań agresywnych (werbalnych i fizycznych) nie jest charakterystyczne dla młodzieży upośledzonej umysłowo. Młodzież ta nie różni się pod tym względem znacznie od młodzieży w normie intelektualnej.

Z licznych badań wynika, że dorastająca młodzież upośledzona umysłowo często staje w obliczu trudności adaptacyjnych, wewnętrznego niepokoju i frustracji. Trudności w funkcjonowaniu mają różne przyczyny. Mogą wynikać z popełnianych w bliższej i dalszej przeszłości błędów wychowawczych, a także z osłabienia więzi rodzicielskich (Maciarz 2004; Olszewski 2004; 2005). Badania prowadzone przez Elżbietę Minczakiewicz (2005) pokazały, że zachowania agresywne młodzieży niepełnosprawnej korelowały z niepożądanymi wychowawczo postawami rodzicielskimi (nadmiernej ochrony, odtrącania bądź unikania). Dorastający niepełnosprawni doświadczają także sytuacji trudnych będących wynikiem niezrozumienia i niezaspokojenia ich podstawowych potrzeb.

Bardzo często zachowania agresywne współwystępują z odczuwaniem przez dorastających odosobnienia, izolacji, alienacji oraz negatywnego etykietowania przez innych. Specyficzną grupą sytuacji wyzwalających zachowania agresywne wśród młodzieży są sytuacje ekspozycji społecznej, oceny i krytyki. Agresja przybiera w tych sytuacjach formę reakcji obronnej, która umożliwia ochronę zagrożonego obrazu samego siebie. Dotyczy to przede wszystkim młodzieży z niskim poczuciem własnej wartości (Borecka-Biernat, Węgłowska-Rzepa 2000).

Dorastający z niepełnosprawnością intelektualną mają ograniczone możliwości odnoszenia sukcesu. Z tego powodu mogą mieć obniżone poczucie własnej wartości i zwykle cierpią na brak pewności siebie. W tym przypadku zachowania agresywne stanowią sposób wzmacniania poczucia własnej wartości (Giryński 1997). Badania nad zaburzeniami osób niepełnosprawnych intelektualnie pokazują również, że agresywność oligofreników wzrasta, jeżeli traktuje się ich jako gorszych. Upośledzeni umysłowo częściej od pełnosprawnych rówieśników doznają też cudzej agresji na sobie (wiktymizacja). Można więc przypuszczać, że ujawniane przez nich zachowania agresywne są wynikiem chęci odwetu lub reakcją obronną (Bartkowicz 1983).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Omawiając problem zachowań agresywnych, nie możemy pominąć kwestii korzyści, które mogą z nich wynikać dla agresora (Poraj 2006). Praca z nastolatkiem z ograniczoną sprawnością intelektualną, który stosuje przemoc, wymaga przede wszystkim ustalenia celów zachowań agresywnych i kontrolowania ich. Brak przekonania o możliwości wpływania na przebieg wydarzeń (zewnętrznego poczucia kontroli), zjawisko bardzo częste u niepełnosprawnych intelektualnie, intensyfikuje obronny sposób reagowania młodzieży w trudnych sytuacjach i prowadzi do zachowań agresywnych (Borecka-Biernat 2006a).

Pojawienie się zachowań agresywnych może stanowić efekt podatności na sugestie, obniżonej wrażliwości moralnej lub braku myślenia krytycznego u nastolatków upośledzonych umysłowo (Skowrońska 1997). Zachowania agresywne mogą być również konsekwencją zaburzeń rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie związanych z trudnościami w uczeniu się i z cechami charakterologicznymi. Upośledzenie umysłowe może być czynnikiem wpływającym na zwiększenie poziomu agresji ze względu na:

- organiczne uszkodzenie mózgu,
- negatywny wpływ środowiska rozwojowego – niekorzystne wychowawczo układy rodzinne i niepomyślna sytuacja szkolna,
- ograniczone możliwości autonomii i samostanowienia,
- brak samokrytycyzmu i niższą samokontrolę,
- brak zrozumienia norm społecznych,
- trudności w uczeniu się reakcji alternatywnych do agresji,
- ograniczone możliwości przewidywania skutków swojego postępowania,
- trudności w komunikowaniu swoich uczuć i pragnień,
- zwiększoną wrażliwość na bodźce negatywne (Bartkowicz 1983; Olszewski 1995).

Zachowania agresywne niepełnosprawnych intelektualnie nastolatków wynikają często z braku zastosowania racjonalizacji jako mechanizmu obronnego w sytuacjach frustracyjnych. Zaburzona sfera poznawcza sprawia, że upośledzeni umysłowo dorastający tłumaczą sytuacje trudne w sposób nieadekwatny do zaistniałych faktów, a deficyt intelektualny powoduje nieumiejętność zakomunikowania swoich potrzeb. Przytoczone uwarunkowania wzmacniają zachowania agresywne, które mają w tym przypadku związek z poczuciem krzywdy. Niemożność zaspokojenia potrzeb powoduje wzrost napięcia emocjonalnego, które zostaje zredukowane poprzez agresję skierowaną na otoczenie lub na siebie (Bobek 1989).

Negatywne zachowania nasilają u niepełnosprawnych nastolatków poczucie bezradności, braku kompetencji, wywołują lęk przed następną porażką, skłaniają do nasilenia aspołecznych zachowań lub wycofania się z interakcji. Agresja, choć umożliwia doraźne rozładowanie sytuacji trudnej, staje się źródłem nowych trudności i ponownej agresji.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Ryc. 35. Mechanizm „błędnego koła" zachowań agresywnych

Źródło: opracowanie własne.

Jeśli chce się skutecznie ograniczyć agresję u dorastających z niepełnoprawnością intelektualną, nie wolno utożsamiać tych zachowań z niedorozwojem. Sugerowane podejście umożliwia patrzenie na to zjawisko z perspektywy problemów, które przeżywa młodzież upośledzona umysłowo. Znacznie ułatwi to znalezienie adekwatnych form pomocy. Według Giryńskiego (1997) wczesne doświadczanie wartości pozytywnych i właściwe oddziaływanie wychowawcze mogą pomagać w zapobieganiu (ograniczaniu) występowania agresji w okresie adolescencji. Do metod walki z agresją możemy zaliczyć:

- wzmacnianie rozwoju umysłowego i społecznego niepełnosprawnego intelektualnie dziecka,
- cierpliwe tłumaczenie każdego problemu dopóty, dopóki dziecko nie przyswoi sobie koniecznych podstaw – nie znamy do końca możliwości rozwojowych osób niepełnosprawnych intelektualnie,
- rozmowy na temat zachowań agresywnych, tłumaczenie, do czego prowadzą bójki, brzydkie słowa, ośmieszanie innych,
- oddziaływania wychowawcze, które uczą konstruktywnych zachowań w sytuacji frustracji,
- wspieranie rozwoju empatii – punktem wyjścia jest słuchanie i reagowanie w adekwatny sposób na potrzeby osoby niepełnosprawnej intelektualnie,
- poruszanie tematów trudnych, bezpośrednio dotyczących dziecka, takich jak dojrzewanie, odtrącenie społeczne,
- poszerzanie sfery samodzielności i autonomii dziecka i dorastającego, zachęcanie do samodzielnych decyzji, respektowanie wyborów,
- wspieranie pozytywnego, ale adekwatnego obrazu siebie – okazywanie pozytywnych emocji, zwracanie uwagi na zalety, chwalenie, okazywanie dumy i radości nawet z najmniejszych osiągnięć, wskazywanie w sposób przyjazny słabych stron i ograniczeń, wsparcie emocjonalne w sytuacjach trudnych.

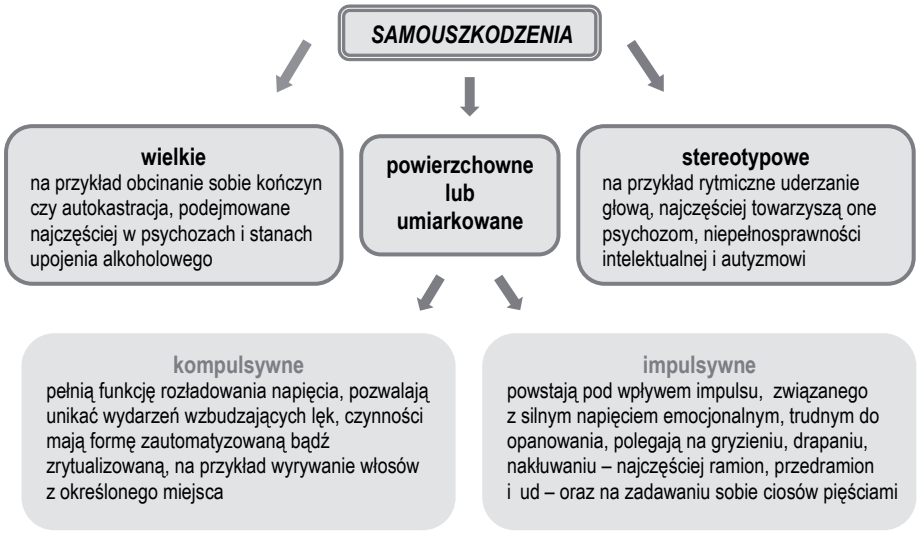
Do hamowania agresji może się przyczynić rozwój umiejętności komunikacyjnych. Należy więc wspierać rozwój mowy, ewentualnie alternatywnych form porozumiewania się, aby osoba niepełnosprawna intelektualnie mogła informować o swoich potrzebach.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

6.3. Dlaczego autoagresja?

Autoagresja to działanie lub szereg działań, które mają na celu wyrządzenie psychicznej lub fizycznej szkody samemu sobie, jest to agresja skierowana do wewnątrz. Można to porównać do sytuacji, w której człowiek traci instynkt samozachowawczy broniący go przed bólem i sytuacjami zagrażającymi zdrowiu i życiu. Jest to zjawisko złożone, gdyż mamy do czynienia nie z prostym faktem szkodzenia sobie, ale z procesem działania na swoją niekorzyść.

Według Anny Suchańskiej (2001) zachowanie autodestruktywne (autoagresywne) to każde dobrowolne, intencjonalne, mniej lub bardziej świadome działanie, które stwarza zagrożenie dla życia i zdrowia jednostki. Podobnie jak zachowania agresywne, autoagresja przybiera różne formy. Możemy wyróżnić autoagresję bezpośrednią i pośrednią. Autodestruktywność bezpośrednia jest z reguły intencjonalna, w zróżnicowanym stopniu uświadamiana. Są to zachowania nieakceptowane społecznie i kulturowo. Natomiast autodestrukcja pośrednia odnosi się do zachowań, których szkodliwy skutek jest odległy w czasie i nie jest dla jednostki oczywisty (Suchańska 2001). Autoagresja pośrednia to także sytuacje, w których jednostka wymusza agresję, prowokuje ją bądź poddaje się agresji innych (Eckhardt 1998).


SAMOUSZKODZENIA
wielkie
na przykład obcinanie sobie kończyn czy autokastracja, podejmowane najczęściej w psychozach i stanach upojenia alkoholowego
powierzchowne lub umiarkowane
stereotypowe
na przykład rytmiczne uderzanie głową, najczęściej towarzyszą one psychozom, niepełnosprawności intelektualnej i autyzmowi
kompulsywne
pełnią funkcję rozładowania napięcia, pozwalają unikać wydarzeń wzbudzających lęk, czynności mają formę zautomatyzowaną bądź zrytualizowaną, na przykład wyrywanie włosów z określonego miejsca
impulsywne
powstają pod wpływem impulsu, związanego z silnym napięciem emocjonalnym, trudnym do opanowania, polegają na gryzieniu, drapaniu, nakłuwaniu – najczęściej ramion, przedramion i ud – oraz na zadawaniu sobie ciosów pięściami

Ryc. 36. Rodzaje samouszkodzeń, które nie mają na celu odebrania sobie życia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Favazza 1996, za: Wycisk 2006a.

Mówimy także o autoagresji werbalnej i niewerbalnej. Werbalna polega na zaniżaniu swej samooceny, częstej krytyce siebie i swojego zachowania. Autoagresja niewerbalna (samookaleczenia) to celowe działania zmierzające do

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

zadawania swojemu ciału bólu lub ran, pozbawione jednak intencji samobójczej (Eckhardt 1998; Babiker, Arnold 2003). Samouszkodzenia, choć wykazują podobieństwo do takich zachowań autodestrukcyjnych, jak nadużywanie alkoholu, ryzykowne zachowania (na przykład seksualne) czy zaburzenia łaknienia typu bulimia i anoreksja, to różnią się od nich intencją, celem, bezpośredniością i natychmiastowością obrażeń.

Ramka 10. Rodzaje zachowań autoagresywnych

Autoagresywne zachowania rozwojowe – typowe dla dzieci we wczesnym dzieciństwie; zanikają, nie wywierając wpływu na późniejsze funkcjonowanie dziecka:
- uderzanie głową,
- gryzienie siebie,
- wyrywanie sobie włosów,
- drapanie siebie,
- szczypanie siebie,
- jedzenie i picie rzeczy nienadających się do spożycia i picia.

Zaburzenia zachowania i emocji w dzieciństwie i wieku młodzieńczym o charakterze autoagresji według ICD-10:
- wyrywanie włosów – trichotillomania,
- zdrapywanie różnych obiektów ze skóry, na przykład pieprzyków, wyprysków, strupów,
- szczypanie,
- kopanie siebie,
- zgrzytanie zębami, wyrywanie sobie zębów, uderzanie się w zęby,
- wkładanie sobie palców lub przedmiotów głęboko do uszu/nosa,
- połykanie powietrza, które powoduje wzdęcie i bóle brzucha oraz wymioty – aerofagia,
- duszenie się,
- uderzanie różnymi częściami ciała o siebie lub inne przedmioty, na przykład uderzanie nadgarstkami czy łokciami o siebie lub ściany, upadanie na kość ogonową lub kolana,
- gryzienie wewnętrznej strony policzków,
- wyrywanie sobie paznokci.

Jakkolwiek akty samookaleczeń są kojarzone przede wszystkim z zaburzeniami psychotycznymi i psychoorganicznymi, występują także w populacji osób zdrowych, wśród dzieci, młodzieży i dorosłych. Co zatem skłania jednostkę do podejmowania zachowań o charakterze autodestrukcyjnym? Wielu autorów przyjmuje, że na zachowania autoagresywne należy patrzeć z perspektywy korzyści psychologicznych, które mogą przynieść jednostce (por. Eckhardt 1998; Babiker, Arnold 2003; Suchańska, Krysińska 2003). Kładą nacisk na subiektywnie pozytywne wartości tych zachowań. Zastanawiają się nie nad przyczynami, ale nad użytecznością zachowań autoagresywnch. Takie funkcjonalne podejście do autoagresji prezentują Gloria Babiker i Lois Arnold, które uważają, że przez akty samouszkodzeń jednostka:
- reguluje napięcie emocjonalne – funkcja związana z radzeniem sobie i przetrwaniem,
- uzyskuje poczucie kontroli i autonomii, ma okazję do zaopiekowania się sobą – funkcja związana z „ja”,

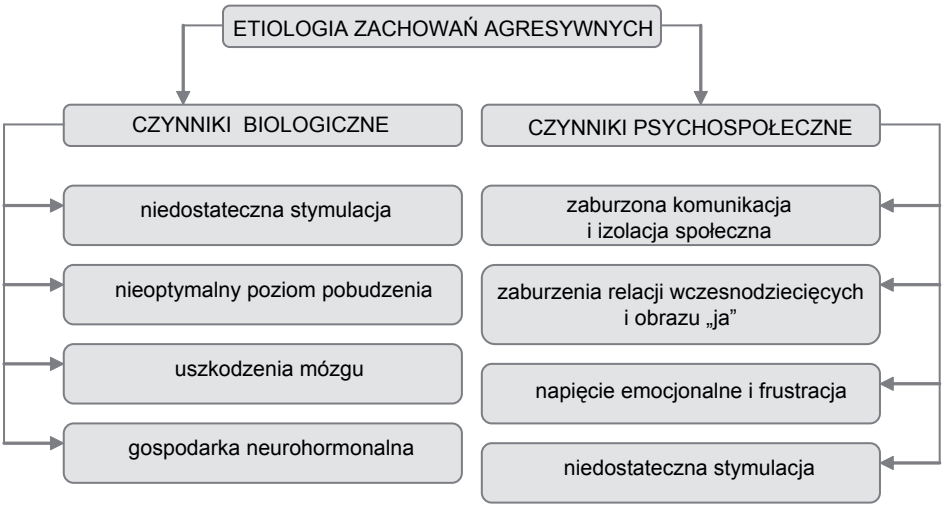
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- demonstruje, wyraża cierpienie związane z wcześniejszymi przeżyciami – funkcja związana z radzeniem sobie z wcześniejszymi doświadczeniami traumatycznymi,
- radzi sobie z poczuciem winy; samookaleczenie jest karą i próbą oczyszczenia się z win – funkcja związana z karaniem siebie i pozostawaniem w roli ofiary,
- wywiera wpływ na innych, jest to sposób komunikacji i karania innych – funkcja dotycząca relacji z innymi ludźmi (Babiker, Arnold 2003, s. 113–127).

Próbę uporządkowania wiedzy na temat funkcji samouszkodzeń podjęli także Matthew K. Nock i Mitchell J. Prinstein (2005, za: Wycisk 2006b, s. 47), wyodrębniając:

- funkcje automatyczne (odruchowe) oparte na wzmocnieniu pozytywnym – jednostka dokonuje aktu samouszkodzenia, aby cokolwiek poczuć,
- funkcje automatyczne oparte na wzmocnieniu negatywnym – samookaleczanie służy redukcji napięcia emocjonalnego,
- funkcje społeczne oparte na wzmocnieniu pozytywnym – samouszkodzenia służą przyciągnięciu uwagi otoczenia,
- funkcje społeczne oparte na wzmocnieniu negatywnym – ranienie siebie jako rodzaj ucieczki przed oczekiwaniami środowiska.

Zaprezentowane powyżej podejścia kładą nacisk na subiektywnie pozytywną rolę samouszkodzeń w osobistym doświadczeniu jednostki, co nie zawsze jest jasne dla otoczenia. Nie należy jednak przyjmować, że samouszkodzenie jest zjawiskiem wyłącznie pozytywnym i nie wiąże się z negatywnymi konsekwencjami.



Ryc. 37. Klasyfikacja czynników generujących zachowania autoagresywne

Źródło: Kubiak 2006, s. 78.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Warto zastanowić się, co wyzwala działania prowadzące do samouszkodzeń – czynniki biologiczne leżące u podłoża upośledzenia umysłowego czy czynniki niezależne od rozwoju biologicznego. Nie da się rozstrzygnąć tej kwestii w sposób jednoznaczny, ponieważ czynniki, które mogą zmniejszać i zwiększać prawdopodobieństwo zachowań agresywnych, mają charakter w równej mierze indywidualny co interpersonalny.

Poważnym problemem jest fakt, że jako przyczynę autoagresji osób niepełnosprawnych postrzega się głównie deficyty rozwoju biologicznego. Bardzo rzadko zwraca się uwagę, że niepełnosprawni intelektualnie mogą uszkadzać swoje ciało z przyczyn podobnych do tych, które występują u osób pełnosprawnych. Niezmiernie ważne dla zrozumienia problemu samookaleczania się jest więc dostrzeganie znaczenia doświadczeń jednostki związanych z jej niepełnosprawnością intelektualną.

Jak już wcześniej wspomniano, dorastający z upośledzeniem umysłowym podlega tym samym prawidłowościom rozwojowym co jego pełnosprawni rówieśnicy. Dlatego możemy patrzeć w podobny sposób na zachowania autoagresywne w obu grupach. Okres adolescencji stanowi czynnik ryzyka dla tego typu zachowań. Nastolatek, stając przed koniecznością dokonania zmian w swoim życiu, odczuwa ogromne napięcie związane z gwałtownymi przemianami własnego organizmu i psychiki, a także z presją otoczenia. Nie zawsze może sprostać tym trudnościom, nie rozumie, co się z nim dzieje, i nie posiada mechanizmów właściwych dla pokonywania trudności adolescencji. Brak wsparcia ze strony najbliższych, niedostateczne opanowanie strategii radzenia sobie ze stresem, niedojrzałość emocjonalna, a także problemy związane z przykrymi doświadczeniami z dzieciństwa mogą wzmagać, zwłaszcza w przypadku dorastających z niepełnosprawnością intelektualną, ryzyko podjęcia i utrwalenia autodestrukcyjnych zachowań zaradczych, takich jak samouszkodzenia (por. Babiker, Arnold 2003).

W przypadku dorastających niepełnosprawnych intelektualnie czynniki ryzyka zachowań autoagresywnych ulegają wzmocnieniu. Decyduje o tym biologiczne podłoże większości upośledzeń umysłowych oraz niekorzystna sytuacja psychospołeczna. Niepełnosprawność intelektualna łączy się z izolacją, bezsilnością i stygmatyzacją. Większość dorastających z ograniczoną sprawnością intelektualną ma minimalne szanse na zaspokojenie swoich podstawowych potrzeb, pełnowartościowe kontakty społeczne i realizację w rolach rodzinnych bądź zawodowych. W społecznym odbiorze niepełnosprawni umysłowo to najczęściej osoby niezdolne do porozumienia się z innymi, istoty aseksualne, „wieczne dzieci", pasywne i zależne od innych.

W tym kontekście samouszkodzenie może mieć wiele znaczeń: może być karaniem siebie za niedopasowanie do otaczającej rzeczywistości albo sposobem na rozładowywanie głębokiej frustracji i złości. Dorastający z niepełnosprawnością intelektualną stale doświadczają frustracji na skutek trudności w komunikowaniu swoich potrzeb, braku zaufania do siebie i wzmożonej zależności od innych. Ich zachowania autodestrukcyjne są niejednokrotnie próbą informowania o przeżywanych napięciach emocjonalnych. Próba taka często kończy się niepo-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

wodzeniem, jeśli otoczenie społeczne błędnie interpretuje te zachowania. Może to prowadzić do wzmocnienia zachowań autoagresywnych. Stają się one sposobem radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (Eckhardt 1998; Kopeć 1999).

Zachowania autodestruktywne mogą być także próbą doświadczania własnego ciała i odkrywania „ja" cielesnego. W przypadku dorastających z upośledzeniem umysłowym, którym odmawia się prawa do zachowań seksualnych, a tym samym do realizowania potrzeby doświadczania czułości, bliskości i kontaktu dotykowego, zachowania autoagresywne są sposobem na potwierdzenie swojego cielesnego istnienia. W sytuacji braku autonomii i wzmożonej zależności od innych samouszkodzenie może być także próbą wytyczania granic własnego „ja", fizycznych granic człowieka (Eckhardt 1998; Kopeć 1999).

Zachowania autodestrukcyjne mogą przybierać formę wzmocnień pozytywnych bądź negatywnych. Jeżeli dorastający z niepełnosprawnością intelektualną nie radzi sobie z osamotnieniem i odczuwa brak stymulacji ze strony otoczenia zewnętrznego, samouszkodzenie staje się nagrodą (wzmocnienie pozytywne), ponieważ zaspokaja potrzebę bycia zauważonym, a każda reakcja ze strony innych stanowi element wzbogacający otoczenie. Samoagresja uwalnia również osobę niepełnosprawną intelektualnie od nadmiaru negatywnych i niezrozumiałych emocji, a także wymagań społecznych i aktywności, na którą nie ma ochoty. To rodzaj manipulacji otoczeniem (wzmocnienie negatywne).

Podsumowując, autoagresja w przypadku młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie jest próbą zasygnalizowania trudności i potrzeb, sposobem protestu przeciwko frustracji i izolacji społecznej, próbą porozumienia się z otoczeniem.

Próby radzenia sobie z zachowaniami autoagresywnymi nastolatków niepełnosprawnych intelektualnie powinny uwzględniać przede wszystkim ich funkcjonalny charakter. Chodzi o to, żeby mieć świadomość, po co dorastający dokonuje samookaleczenia. Pomocna jest także zmiana nastawienia do samouszkodzeń poprzez:

- włączenie ich do normy – odrzucenie poglądu, że jest to niezrozumiałe, dewiacyjne, wynikające z zaburzeń biologicznych zachowanie,
- zrozumienie znaczenia i funkcji okaleczania, co pozwala dokonać wglądu w znaczenie i rolę autoagresji w życiu jednostki podejmującej działania autoagresywne,
- uznanie, że samouszkodzenia dokonywane przez jednostkę pełnią określone funkcje w życiu jej rodziny, środowiska i społeczeństwa,
- docenienie wagi autoagresji, która może być nośnikiem ważnych treści w sytuacji ograniczonej komunikacji (Babiker, Arnold 2003).

Terapia zachowań autoagresywnych nie różni się znacząco od terapii, którą stosujemy w przypadku agresji dzieci i dorastających z ograniczoną sprawnością umysłową (zob. podrozdz. 6.2). Wymaga dużej delikatności, wrażliwości i cierpliwości, a także wyjścia poza schematyczne myślenie o działaniach samookaleczających. Walkę z zachowaniami agresywnymi i autoagresją dorastających z niepełnosprawnością intelektualną ułatwia wcześnie podjęta praca terapeutyczno-edukacyjna. Jej celem powinno być kształtowanie u osoby niepełnosprawnej

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

intelektualnie zachowań adaptacyjnych, które pomogą rozwinąć niezależność i umożliwią efektywne funkcjonowanie w środowisku. Osiągniemy to poprzez systematyczne wzmacnianie (nagradzanie) coraz bardziej zbliżonych do docelowych form zachowania oraz ścisłe kontrolowanie sytuacji, w których osoba niepełnosprawna tak się zachowuje (Kozłowski 2003). Dobre rezultaty możemy osiągnąć, stosując intensywną terapię behawioralną opartą na założeniach współczesnej teorii uczenia się (Lovaas 1993; Lovaas, Smith 2006). Zasadnicze cele terapii behawioralnej to rozwijanie zachowań deficytowych przy jednoczesnym redukowaniu zachowań niepożądanych oraz generalizowanie i utrzymywanie efektów terapii.

6.4. Zaburzenia emocjonalne jako skutek doświadczanych trudności

Rozwój emocjonalny jest wyzwaniem dla każdego z nas. Przechodząc od dzieciństwa do okresu dorosłości, przechodzimy od stanu ograniczonego rozumienia emocji do stanu dojrzałości emocjonalnej. Dorastanie jako okres przejściowy charakteryzuje się specyficznym sposobem przeżywania emocji i ich określonej ekspresji. Dysharmonia emocjonalna połączona z podatnością na pobudzenie emocjonalne, skłonnością do niestałości uczuciowej, ekspresywnością emocji i trudnościami w ich zrozumieniu to tło rozwoju nastolatka (zob. rozdz. 2). Nic więc dziwnego, że u niektórych dorastających mogą wystąpić zaburzenia emocjonalne. Do najczęstszych możemy zaliczyć agresję i autoagresję, podwyższony poziom lęku oraz depresję (Goodman, Scott 2000; Kendall 2004).

Należy pamiętać, że obawy i lęki są normalnymi wyzwaniami, z którymi styka się nastolatek w trakcie rozwoju. W okresie dorastania główne wyzwania rozwojowe wiążą się z potrzebą autonomii. Dorastający znajduje się w sytuacji, w której musi osiągnąć równowagę pomiędzy podporządkowaniem a niezależnością. Pojawiające się konflikty mogą potęgować przeżywane frustracje i wzmacniać odczucia lękowe. O zaburzeniach możemy mówić, jeśli wspomniane negatywne uczucia pojawiają się odpowiednio często, występują z dużym nasileniem i wywierają wpływ na funkcjonowanie, a tym samym na rozwój jednostki.

Długotrwały stres, przeciążenia i chroniczny lęk mogą prowadzić do depresji, którą uważa się za zaburzenie uwarunkowane biologicznie, społecznie i psychologicznie. Objawy depresji u dorastających łatwo jest przeoczyć, ponieważ dość często maskowane są przez drażliwość, agresję czy zachowania mogące świadczyć o lenistwie (Obuchowska 2006). Do najważniejszych sygnałów depresji u dzieci i młodzieży zaliczamy:

- ostentacyjne manifestowanie własnej niedoli,
- zauważalne zmiany nawyków żywieniowych i praktyk związanych ze snem,
- poczucie beznadziejności i brak akceptacji siebie,
- brak możliwości koncentracji na czymkolwiek,
- agresywne i drażniące zachowania,
- kłopoty w nauce,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- poszukiwanie nowych rozrywek i aktywności,
- eksperymentowanie z używkami i podejmowanie zachowań ryzykownych,
- izolacja społeczna, odrzucanie przyjaciół (Herbert 1991, za: Obuchowska 2006; Goodman, Scott 2000).

Ramka 11. Klasyfikacja zaburzeń lękowych oraz depresji u dzieci i młodzieży

ZESPÓŁ UOGÓLNIONEGO LĘKU

Odczuwanie nierealistycznego i nadmiernego lęku i niepokoju bez związku z konkretną sytuacją czy zewnętrznym stresem. Osoba dotknięta tą przypadłością martwi się niemal o wszystko bez wyraźnych przyczyn. Chroniczny lęk przejawia się w stałej gotowości do odbierania bodźców jako zagrażających. Oprócz tego pojawiają się tak zwane symptomy towarzyszące: drażliwość, trudności z koncentracją, napięcie mięśniowe czy trudności ze snem.

ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYWNE

Powracające obsesje (myśli lub wyobrażenia, które wydają się bezsensowne i powodują lęk) lub kompulsje (powtarzające się zachowania, które mają zmniejszyć lęk i cierpienie). U dzieci i młodzieży częstymi tematami obsesji są zanieczyszczenie, brud i zakażenie, przemoc i tematy religijne. Najczęstsze rytuały kompensacyjne to mycie rąk, porządkowanie lub układanie przedmiotów w określonym porządku.

LĘKOWE ZABURZENIA SEPARACYJNE

Niewłaściwy dla danego wieku lęk przed rozstaniem z osobami, z którymi jesteśmy związani, i obawa przed opuszczeniem domu. Osoba cierpi na samą myśl o rozstaniu lub w następstwie oddzielenia.

Źródło: Kendall 2004; Goodman, Scott 2000.

DEPRESJA WIELKA (MELANCHOLIA, DEPRESJA ENDOGENNA)

Utrata zainteresowania światem zewnętrznym, pobudzenie bądź zahamowanie psychoruchowe, trudności w koncentracji uwagi i podejmowaniu decyzji, zmniejszona możliwość myślenia, smutek i poczucie pustki, płaczliwość, lęk przed śmiercią i myśli o śmierci. Stan smutku, przygnębienia i rozpaczy nasilony na tyle, że szkodzi relacjom społecznym i wpływa destrukcyjnie na codzienne funkcjonowanie.

Symptomy depresji wielkiej u niepełnosprawnych intelektualnie mogą przybierać inną postać niż u osób sprawnych. Badania pokazują, że u osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu znacznym i głębokim występują hiperaktywność, agresja, destruktywność, stereotypie, szybkie zmiany nastroju, stupor katatoniczny czy halucynacje.

DEPRESJA NERWICOWA

Pojawia się jako reakcja na niekorzystne warunki środowiskowe i charakteryzuje się chronicznymi zaburzeniami nastroju (smutek, gniew) oraz co najmniej dwoma symptomami towarzyszącymi. Mogą nimi być męczliwość, wzrastające trudności szkolne, negatywna samoocena, wycofywanie się z kontaktów społecznych, płaczliwość, irytacja lub poczucie bezradności.

Źródło: Kendall 2004; Rola 1996.

U niepełnosprawnych intelektualnie dorastających, podobnie jak u ich pełnosprawnych rówieśników, może występować wiele symptomów wskazujących na zaburzenia emocjonalne. W przypadku osób niepełnosprawnych zaburzenia emocjonalne często pojawiają się jako pochodna ich specyficznej sytuacji społecznej i psychologicznej. Obserwuje się u nich zarówno depresję, jak i zaburzenia lękowe. Osoby mające kontakt z niepełnosprawnymi intelektualnie czę-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

sto mogą się spotkać z tak zwanym fenomenem diagnostycznego zaciemnienia. Polega on na tym, że symptomy zaburzeń emocjonalnych traktuje się jako rezultat samej niepełnosprawności, a nie jako przejaw zaburzeń zdrowia psychicznego (Porczyńska 2008). Natomiast osoby niepełnosprawne intelektualnie, ponieważ mają ograniczone możliwości korzystania z oddziaływań środowiska, są narażone na wiele niesprzyjających doświadczeń społecznych i przeżywają liczne problemy natury psychologicznej.

Zaburzenia emocjonalne mogą przybierać postać nerwicy. Dorastający z upośledzeniem umysłowym dość często przejawiają różne symptomy zaburzeń nerwicowych. Mogą to być nawykowe wymioty, bóle brzucha, bóle głowy, gwałtowne zmiany nastroju, ruchy mimowolne, obgryzanie paznokci, masturbacja czy też moczenie nocne. W trakcie obserwacji osób niepełnosprawnych intelektualnie możemy zauważyć pewną nieadekwatność reakcji do siły bodźca. Ich zachowania opierają się na procesach emocjonalnych, są zadowolone i spokojne w sytuacjach znanych, natomiast niezadowolone i rozdrażnione w sytuacjach nowych i nieznanych (Smykowska 2008).

Specyfika doświadczeń osób niesprawnych intelektualnie może wpływać na kształtowanie się określonych właściwości psychicznych. Osoby upośledzone umysłowo ze względu na opóźnienia lub ograniczenia rozwojowe nie zawsze mogą poradzić sobie z wymaganiami stawianymi im przez otoczenie, co prowadzi do nadmiernego przeżywania porażek. Skumulowanie negatywnych doświadczeń sprzyja z kolei formowaniu się specyficznego sposobu reagowania na nowe zadania – wyuczonej bezradności. Wyuczona bezradność przyczynia się z kolei do pojawiania się depresji i utrudnia uczenie się nowych rzeczy (Aronson 1997), co w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie nabiera szczególnego znaczenia.

Jednostki niepełnosprawne intelektualnie nie mogą poradzić sobie w trudnych sytuacjach, naśladują więc osoby pełnosprawne, zwiększając w ten sposób swoje szanse na osiągnięcie sukcesu. Prowadzi to do kształtowania się osobowości zewnątrzsterownej. W konsekwencji dorastający niepełnosprawni intelektualnie doświadczają lęku, który bierze się z braku zaufania do siebie. Brak wiary we własne siły sprawia, że unikają sytuacji, w których muszą podejmować działania, gdyż boją się porażki (Porczyńska 2008). To z kolei wzmaga zagubienie i niepewność, pogłębia izolację społeczną, a tym samym sprzyja zaburzeniom emocjonalnym i depresji. Mniej narażone na tego rodzaju niebezpieczeństwo są osoby upośledzone umysłowo w stopniu głębszym. Wobec nich stosuje się mniejsze wymagania, ich negatywne doświadczenia są więc ograniczone. Ponadto ich poziom rozwoju zmniejsza szansę na trafną ocenę własnego zachowania (Kowalik 2006).

Badania prowadzone w ostatnich latach pokazują, że u jednostek upośledzonych umysłowo występują typowe dla osób z normą intelektualną zaburzenia zdrowia psychicznego (Rola 2007). Przyczyny zaburzeń psychicznych wśród upośledzonych umysłowo to między innymi: powtarzające się poczucie straty, separacje, trudności w komunikacji, nieumiejętność radzenia sobie z problemami

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

dnia codziennego. Osoby niepełnosprawne intelektualnie są także narażone na zaburzenia życia rodzinnego, etykietowanie, eliminację społeczną, deprywację potrzeb. Do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych w omawianej grupie osób należą ponadto niska samoocena i niski poziom kompetencji społecznych, który zaburza interakcje społeczne i jest przyczyną poczucia osamotnienia (Rola 2007).

Badacze, w zależności od orientacji teoretycznej, co innego rozumieją przez poczucie osamotnienia. Mimo różnic w sposobie rozumienia samego pojęcia zgadzają się, że osamotnienie ma znaczący wpływ na funkcjonowanie społeczne jednostki, jej zachowania w różnych grupach społecznych. Nierzadko poczucie osamotnienia generuje niską samoocenę, lękliwość w kontaktach społecznych, poczucie bezradności oraz wrogość bądź agresję. Wyniki wielu badań wskazują na związek pomiędzy osamotnieniem a depresją. Jarosław Rola prowadził badania nad relacją między poczuciem osamotnienia a depresją dzieci niepełnosprawnych intelektualnie (2005). W badaniach uczestniczyły dzieci w wieku 12–14 lat. Okazało się, że dzieci z niepełnosprawnością intelektualną doświadczają poczucia osamotnienia w kontaktach z rówieśnikami, rodzicami i innymi osobami częściej niż ich zdrowi rówieśnicy. Ponadto stwierdzono współzależność pomiędzy depresją a wyodrębnionymi wymiarami osamotnienia.

Poczucie osamotnienia towarzyszy osobie upośledzonej od najwcześniejszych dni życia. Jako małe dziecko osoba niesprawna intelektualnie odczuwa niepewność i samotność w związku z przeżyciami rodziców niepogodzonych z niepełnosprawnością dziecka. Ojciec i matka mogą odrzucać dziecko, nie zawsze świadomie, nie dając mu poczucia stabilności i bezpieczeństwa. Poczucie osamotnienia towarzyszy osobie niepełnosprawnej umysłowo także na kolejnych etapach życia. W okresie szkolnym nabiera bardziej realnych kształtów. Upośledzony ma mniej kolegów i przyjaciół niż zdrowi rówieśnicy, a liczba negatywnych doświadczeń społecznych drastycznie wzrasta. W okresie młodzieńczym nasila się ze względu na osłabienie więzi z rodzicami i wzrost izolacji w środowisku rówieśniczym (Kowalik 2006). Społeczna izolacja wywołuje poczucie osamotnienia. Dorastający oligofrenicy nie mają szans na kontakty społeczne, często zdają sobie sprawę, że są odrzucani i ignorowani przez społeczeństwo. Świadomość tego przykrego faktu sprawia, że jeszcze dotkliwiej odczuwają swoją samotność.

Oprócz zaburzeń zachowania (agresja, autoagresja) i zaburzeń emocjonalnych (lęk, depresja) w okresie dorastania występują: nadużywanie substancji psychoaktywnych, jadłowstręt psychiczny (anoreksja) i bulimia (Ziółkowska 2005). Zachowania te pomagają nastolatkom, także niepełnosprawnym intelektualnie, radzić sobie z sytuacją, w której naturalne problemy i trudności okresu adolescencji nie są rozwiązane.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Ramka 12. Zaburzenia odżywiania u dorastających z niepełnosprawnością intelektualną

WYNIKI BADAŃ

Zdzisława Janiszewska-Nieścioruk (2000; 2003) badała występowanie anoreksji i bulimii u dorastających z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Badania pokazały rozpowszechnienie przejawów zaburzeń w odżywianiu u niepełnosprawnych dziewcząt, przy czym w większym stopniu są one narażone na anoreksję (56,7%) niż bulimię (46,7%). Nasilenie tych zagrożeń w znacznym stopniu było uwarunkowane czynnikami ryzyka związanymi ze środowiskiem rodzinnym, a także samooceną własnego wyglądu i urody. Ważne okazały się również czynniki kulturowo-społeczne – lansowane wzorce mody związane z wyglądem i zachowaniem. Dziewczęta z niepełnosprawnością pragną akceptacji i podporządkowują się obowiązującym wzorcom piękna. Poszukując drogi do normalności, chcą dostosować swój wygląd do obowiązujących kanonów urody. Dziewczęta te są na tyle krytyczne, że zdają sobie sprawę ze swojej odmienności, mniejszych, ograniczonych umiejętności i zdolności, które w połączeniu z mało pociągającym wyglądem czynią ich życie nieatrakcyjnym i trudnym.

PAMIĘTAJMY

- ✓ Zachowania problemowe dorastających z niepełnosprawnością intelektualną to zachowania świadczące o przeżywanych frustracjach.
- ✓ W porównaniu z nastolatkami w normie intelektualnej w życiu dorastających z upośledzeniem umysłowym częściej występuje kumulacja przyczyn zachowań problemowych.
- ✓ Większość niewłaściwych zachowań i zaburzeń emocjonalnych ma swoją przyczynę, należy je więc traktować jako sygnały i nieporadne wołanie o pomoc.
- ✓ Im bardziej skupimy się na wyciszaniu i eliminowaniu zachowań problemowych, tym mniejsze mamy szanse na znalezienie ich przyczyn i efektywną pomoc.
- ✓ Zachowania destrukcyjne współwystępują z izolacją społeczną, negatywnym etykietowaniem i deprywacją potrzeb.
- ✓ Agresja i autoagresja nie są „schorzeniami" sprzężonymi z upośledzeniem umysłowym.
- ✓ Agresja i autodestrukcja dorastających z ograniczoną sprawnością intelektualną często stanowią reakcję na trudności przystosowawcze, wynikają z niepokojów i frustracji tego okresu, są próbą zasygnalizowania potrzeb, próbą porozumienia się z otoczeniem, a także sposobem walki o autonomię.
- ✓ Agresja i samookaleczenia mogą przynosić dorastającym korzyści, zaspokajają potrzebę bycia zauważonym, uwalniają od nadmiaru negatywnych emocji, wzbogacają świat doznań, pozwalają na doświadczanie „ja".
- ✓ Radzenie sobie z zachowaniami destrukcyjnymi wymaga wrażliwości na potrzeby dorastających upośledzonych umysłowo i powinno uwzględniać funkcjonalny charakter agresji czy samouszkodzeń.
- ✓ Dorastający oligofrenicy, tak jak ich zdrowi rówieśnicy, są narażeni na zaburzenia psychiczne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

- ✓ Zaburzenia emocjonalne nastolatków niepełnosprawnych intelektualnie (nerwice, lęki, depresja) to reakcja na obciążenia wynikające ze specyfiki okresu, a nie wynik zaburzeń intelektualnych.

ZALECANA LITERATURA

Gruntkowski Z. (2000). Nieawersywne i edukacyjne podejście do zachowań nietypowych. W: M. Orkisz (red.), *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym. Przewodnik dla nauczycie*li (s. 65–82). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Kwiatkowska M. (1997). *Dziecko głęboko niezrozumiane*. Warszawa: Oficyna Literatów i Dziennikarzy „Pod Wiatr".

Lovaas O.I. (1993). *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Mój elementarz*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Zamiast zakończenia – przesłanie dla rodziców i wychowawców

Możemy wyróżnić trzy rodzaje rehabilitacji osób niepełnosprawnych, w tym niepełnosprawnych intelektualnie: kompensacyjną, adaptacyjną i integracyjną (Kowalik 2006). Rehabilitacja kompensacyjna polega na usuwaniu braków fizycznych i funkcjonalnych powstałych w wyniku uszkodzenia organizmu. Prowadzą ją głównie lekarze i fizjoterapeuci. Rehabilitacja adaptacyjna ukierunkowana jest na wszechstronne (fizyczne, psychiczne i społeczne) oddziaływanie na osoby niepełnosprawne w celu włączenia ich w normalne życie społeczne. Rehabilitacja integracyjna powstała, kiedy zdano sobie sprawę z ograniczonej skuteczności dwóch poprzednich systemów rehabilitacyjnych. Postanowiono zająć się nie tylko osobami niepełnosprawnymi, lecz także pełnosprawnymi, wychodząc z założenia, że nawet najlepiej prowadzona rehabilitacja kompensacyjna lub adaptacyjna nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, jeżeli najpierw nie zmieni się nastawienia otoczenia społecznego do osób niepełnosprawnych.

Rozwinięciem tego nurtu są rehabilitacja środowiskowa, wykorzystująca walory naturalnego środowiska społecznego w celu stymulacji osób niepełnosprawnych, i rehabilitacja aktywna, w której kładzie się nacisk na własną aktywność w uzyskiwaniu niezależności życiowej. Ostatnio możemy też mówić o rehabilitacji rozwojowej, w której uwypukla się podmiotowość osób niepełnosprawnych. Mają one same decydować o formie i kierunku rehabilitacji i w ten sposób przesądzać o kierunkach swojego rozwoju. W tym ujęciu rehabilitacja prowadzi do kształtowania niezbędnych do decydowania o własnym życiu kompetencji (Kowalik 2006).

Rodzice i wychowawcy, którym zależy na wspieraniu i optymalizowaniu rozwoju młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie w procesie rehabilitacji, powinni nastawić się na szukanie nowych metod działania, przede wszystkim poprzez wspieranie aktywności własnej i zachęcanie do niej. Warto pamiętać, że **„wychowanie specjalne jest raczej sztuką niż nauką”** (Wyczesany 2007, s. 159).

Według Grzegorzewskiej (1968) praca rewalidacyjna z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie powinna opierać się na:

- **kompensacji** – uszkodzone bądź zaburzone sposoby kontaktu ze światem zostają zastąpione nowymi, pośrednimi, co umożliwia poznanie;
- **korekcie** – niesprawnie działające narządy są uaktywniane i usprawniane;
- **usprawnianiu** – pozostałe, nieuszkodzone funkcje, które mają stanowić główną podstawę dla przebiegu działalności rewalidacyjnej, są otaczane troską.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Ryc. 38. Zadania wychowawcze rodziców i wychowawców młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wyczesany 2007.

Bardzo często zapominamy, że niezależnie od wieku osoby niepełnosprawnej intelektualnie najważniejszymi postaciami w jej życiu zawsze są rodzice, terapeuci i wychowawcy. Dlatego też musimy dbać, aby kontakt z nami nie stanowił przyczyny lęku, a także nie wywoływał poczucia wyobcowania, zniewolenia i nie rodził agresji. Koniecznym warunkiem rozwoju osoby niepełnosprawnej intelektualnie jest nasza akceptacja, tolerancja dla jej uczuć, stanu psychofizycznego i nieodwracalnych czasami ograniczeń. Nasza wiara, że osoba niepełnosprawna intelektualnie potrafi być samodzielna i szczęśliwa wbrew wszystkim przeciwnościom, w znaczący sposób poszerza jej perspektywy rozwojowe.

PAMIĘTAJMY

- ✓ Podstawowa zasada brzmi – nie szkodzić. Nie stawiajmy zbyt wysokich wymagań i nieracjonalnych zadań, aby nie obniżać samooceny i poczucia własnej wartości dorastających z upośledzeniem umysłowym. Stawiajmy wymagania, które mogą zostać spełnione. Zrezygnujmy z bezustannego strofowania, pilnowania, napominania, kontrolowania i wyciszania. Zapomnijmy o stopniu upośledzenia i nie maskujmy nim naszych osobistych porażek i ograniczeń.
- ✓ Każdy z nas posiada określone uzdolnienia i braki. Zamiast skupiać się na ograniczeniach, poszukajmy atutów osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Zastanówmy się, jakie ma predyspozycje, co lubi robić i co robi dobrze.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Wykorzystanie tej wiedzy może wspomóc rozwój w innych sferach (Klaro-Celej, Mossakowska 1999).

- ✓ Nie znamy granic możliwości rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie. Podejmując działania wspierające rozwój poprzez stymulację, kompensację, usprawnianie i korektę, należy mieć świadomość, że efekty mogą pojawiać się dopiero w odległej przyszłości. Podstawą postępowania powinna być cierpliwość i gotowość do wielokrotnego powtarzania, przypominania i utrwalania wypracowanych zachowań i umiejętności. Nie powtarzajmy „on/ona nigdy tego nie osiągnie", bo tak właśnie się stanie.
- ✓ W procesie wychowania nasze ambicje i plany powinny zejść na dalszy plan. Jest oczywistością, że zależy nam, aby nasze dziecko coś potrafiło lub czegoś nie robiło. Zastanówmy się, jakie to ma znaczenie dla niego samego. Konieczne warunki wychowania i terapii niepełnosprawnych intelektualnie osób to uwzględnienie ich potrzeb psychicznych i fizycznych, dostosowywanie postępowania do właściwości indywidualnych jednostki, a także uwzględnianie celu rewalidacji (Olechnowicz 1978; Lipkowski 1984).
- ✓ Nawet niewielkie postępy powinny być wzmacniane pozytywnie, a brak postępów nie może być wartościowany w sposób negatywny. Nie oznacza to, że wszystko należy chwalić bądź nagradzać. Jakkolwiek zachowania niepożądane wymagają komunikowania negatywnej oceny, należy to robić bez potępiania.
- ✓ Autonomia i niezależność stanowią podstawę radzenia sobie z trudnościami. Należy zwrócić uwagę na proces usamodzielniania się dorastających z ograniczonym rozwojem intelektualnym i dążyć do eliminacji zachowań zmierzających do zbytniej ochrony, która może prowadzić do ograniczenia ich możliwości rozwojowych.
- ✓ Zasady pozytywnego wychowania sprawdzają się wobec dzieci i młodzieży zarówno pełnosprawnej, jak i z defektami intelektualnymi, więc:
  - zrozum potrzebę przynależności twojego dziecka i kładź większy nacisk na to, co jest w nim dobre,
  - podsycaj wzajemny szacunek i traktuj dziecko tak, jak chcesz, aby ono traktowało ciebie,
  - kochaj i akceptuj swoje dziecko bezwarunkowo, żeby wyrobić w nim poczucie własnej wartości i przekonanie o bezgranicznej miłości rodzica do dziecka,
  - zadbaj o siebie, o swój komfort psychiczny i fizyczny, swoje poczucie wartości przelej na dziecko,
  - kształtuj umiejętności dziecka w zakresie komunikacji, kontroli nad uczuciami, zachowania samodyscypliny, dokonywania właściwych ocen i wyborów (Joslin 1996, s. 14–18).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

DEKALOG RODZICÓW OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

I. Kochajcie i nie wstydźcie się mnie.
II. Pamiętajcie, że kiedyś zostanę sam, i zróbcie wszystko, żebym umiał sobie poradzić w codziennych czynnościach.
III. Nie uczcie mnie czytać, jeśli nie umiem podciągać majtek.
IV. Nie ustępujcie mi dla świętego spokoju, bo wejdę wam na głowę.
V. Nie wyręczajcie mnie w tym, co mogę zrobić sam.
VI. Nie oczekujcie po mnie cudów – mam swoje ograniczenia.
VII. Zawsze wierzcie w to, że mogę jeszcze czegoś się nauczyć.
VIII. Chwalcie mnie za co się tylko da.
IX. Stawiajcie mi jasne wymagania i zawsze konsekwentnie mnie rozliczajcie.
X. Pamiętajcie, że to od was w głównej mierze zależy, czy wykorzystam swoje możliwości i będę szczęśliwym człowiekiem, czy utonę w otchłani rozpaczy i niemocy.

Źródło: *Informator dla rodziców dzieci niepełnosprawnych 2005*, s. 30–31.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Bibliografia

Aronson E. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka.

Babiker G., Arnold L. (2003). *Autoagresja*. *Mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Balcerek-Kałek A. (2003). Zapobieganie niedostosowaniu społecznemu poprzez kształtowanie umiejętności życiowych. W: A. Balcerek-Kałek (red.), *Budowanie szkolnych programów profilaktyki* (s. 9–39). Warszawa: Wydawnictwo Szkolne PWN.

Bank-Mikkelsen N.E. (1991). *Warunki życia dla ludzi z upośledzeniem umysłowym*. Warszawa: Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym.

Bardziejewska M. (2005). Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 435–378). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Bartkowicz Z. (1983). *Nieletni z obniżoną sprawnością umysłową w zakładzie poprawczym*. Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.

Batko E. (2002). Wspieranie zachowań autonomicznych uczniów głębiej upośledzonych umysłowo. W: M. Piszczek (red.), *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym* (cz. II, s. 9–23). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Bauman Z. (2001). Tożsamość – jaka była, jest i po co? W: A. Jawłowska (red.), *Wokół problemów tożsamości* (s. 8–26). Warszawa: Wydawnictwo LTW.

Beisert M. (1991). *Seks twojego dziecka*. Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke.

Beisert M. (2006). Trud dorastania seksualnego. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 145–169). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bem S. (2000). *Męskość – kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Błeszyńska K. (1996). Wybrane determinanty postaw wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: W. Dykcik (red.), *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych* (s. 99–110). Poznań: Eruditus.

Błeszyńska K. (1999). Semantyka niepełnosprawności – rola języka w kształtowaniu sytuacji osób niepełnosprawnych. W: M. Chodkowska (red.), *Interdyscyplinarność w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej* (s. 61–66). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Błeszyńska K. (2001). *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*. Warszawa: Żak.

Bobek B. (1989). Poziom agresywności i lęku u młodzieży niepełnosprawnej i sprawnej umysłowo. *Acta Universitatis Wratislaviensis, 978*, *Prace Pedagogiczne, LXII*, 24–37.

Boczar K. (1982). *Młodzież upośledzona umysłowo w rodzinie i środowisku pracy*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.

Bogdan R. (1997). Czy integracja działa? Problem zbyt wąsko postawiony. Dzieci zaetykietowane w szkołach jako upośledzone – kontekst społeczny. W: A. Gustavsson,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle* (s. 139–154). Warszawa: Żak.

Bogucka J., Kościelska M. (1994). *Wychowanie i nauczanie integracyjne*. Warszawa: Społeczne Towarzystwo Oświatowe.

Borecka-Biernat D. (2006a). *Strategie radzenia sobie młodzieży w trudnych sytuacjach społecznych. Psychospołeczne uwarunkowania.* Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Borecka-Biernat D. (2006b). Strategie obrony radzenia sobie młodzieży w społecznych sytuacjach trudnych w kontekście poczucia umiejscowienia kontroli i modelującego wpływu rodziców. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Wokół wychowania. Rola rodziny i szkoły w procesie socjalizacji dziecka* (s. 177–187). Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki.

Borecka-Biernat D., Węgłowska-Rzepa K. (2000). *Zachowanie młodzieży w sytuacji kontaktu społecznego.* Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Borzyszkowska H. (1988). Dziecko upośledzone w rodzinie. W: A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna* (s. 362–379). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Bronfenbrenner U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Brzezińska A. (1973). Struktura obrazu własnej osoby i jego wpływ na zachowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, *3*, 87–97.

Brzezińska A.I., Piotrowski K. (2008). *Aktywność zawodowa osób z ograniczeniem sprawności: wyznaczniki społeczno-demograficzne i osobowościowe*. Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS.

Chodkowska M. (1994). Kulturowe uwarunkowania postaw wobec inwalidztwa oraz osób niepełnosprawnych. Ciągłość i możliwość zmiany. W: M. Chodkowska (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Problemy autorealizacji i społecznego funkcjonowania. Charisteria dla Profesor Zofii Sękowskiej* (s. 111–126). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Cibor T. (2005). Kształtowanie poczucia tożsamości u osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: A. Klinik, J. Rottermund, Z. Gajdzica (red.), *Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej* (s. 39–44). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Clarke A.M., Clarke A.D.B. (1971). *Upośledzenie umysłowe*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Cobb H.V., Mittler P. (1993). *Zasadnicze różnice między upośledzeniem umysłowym a chorobą psychiczną*. Warszawa: Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym.

Cofer C.N., Appley M.H. (1972). *Motywacja. Teoria i badania*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Cunningham C. (1994). *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców.* Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Cytowska B. (2002). *Drogi edukacyjne dzieci niepełnosprawnych intelektualnie*. Wrocław: Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego.

Czapiński I. (1985). Przesłanki ustosunkowań wobec innych ludzi. W: M. Lewicka (red.), *Psychologia spostrzegania społecznego* (s. 79–144). Warszawa: Książka i Wiedza.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Dakowicz A. (2000). *Płeć psychiczna a poziom samoaktualizacji*. Białystok: Wydawnictwo Trans Humana.

Dekalog dla rodziców (2005). W: *Informator dla rodziców dzieci niepełnosprawnych*. Łódź: Navicula Centrum.

Dolto F., Dolto-Tolitch C. (1996). *Porozmawiajmy o dojrzewaniu. Kompleks homara.* Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Dołęga Z. (1999). Wartościowanie obrazu świata przez młodzież z lekkim upośledzeniem umysłowym. W: J. Piecki, S. Olszewski (red.), *Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych* (s. 62–69). Kraków: Oficyna Wydawnicza Text.

Domarecka-Malinowska E. (1994). Pomoc rodzinie dziecka niepełnosprawnego. *Edukacja i Dialog*, *10*, 30–32.

Doroszewska J. (1981). *Pedagogika specjalna*, t. II: *Podstawowe problemy teorii i praktyki rewalidacji poszczególnych odchyleń od normy*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

Dunaj B. (2007). *Współczesny słownik języka polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Langenscheidt Polska.

Dyduch E. (1999). Sytuacja dzieci z obniżoną sprawnością intelektualną w szkole podstawowej. *Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie*, *Prace Pedagogiczne*, *21*, 91–111.

Dykcik W. (2006). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.

Eckhardt A. (1998). *Autoagresja*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.

Ekman P., Davidson R.J. (2002). *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Erikson E.H. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.

Erikson E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia.* Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Fairbairn G., Rowley D. (2005). Etyczne aspekty seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń* (s. 9–23). Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

Fornalik I. (2002a). *Rozwój psychoseksualny młodzieży z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w zależności od środowiska życia*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.

Fornalik I. (2002b). Potrzeby osób z niepełnosprawnością intelektualną w okresie adolescencji a możliwości ich realizacji. W: W. Dykcik, C. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy* (s. 405–412). Olsztyn–Poznań–Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Oddział w Poznaniu.

Fornalik I. (2004). *Trudne pytania. Jak reagować? Co odpowiadać?* www.bardziejkochani.pl/konf/prog/konf_29.doc.

Fornalik I. (2007). Miłość, seks i prokreacja jako wartości w dorosłym życiu osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych* (s. 49–65). Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych.

Frąckowiak T. (1996). Tożsamość człowieka upośledzonego umysłowo: niezrozumiała odmienność, kryzys identyfikacyjny, edukacyjny dylemat. W: W. Dykcik (red.), *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych* (s. 61–70). Poznań: Eruditus.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Frączek A. (1996). Agresja i przemoc wśród dzieci i młodzieży jako zjawisko społeczne. W: A. Frączek, I. Pufal-Struzik (red.), *Agresja wśród dzieci i młodzieży. Perspektywa psychoedukacyjna* (s. 37–55). Kielce: Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.

Furmańska E. (2001). Samoocena i samoakceptacja we wczesnej adolescencji. *Edukacja i Dialog*, *1(124)*, 24–29.

Gałkowski T. (1981). *Zaburzenia osobowości dzieci i młodzieży*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem.

Gapik L. (1997). Seksuologia – wybrane zagadnienia. W: Z. Słomko (red.), *Ginekologia: podręcznik dla lekarzy i studentów* (s. 395–424). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Gasiul H. (2007). *Teorie emocji i motywacji*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Gaś B.Z. (1995). *Pomoc psychologiczna młodzieży.* Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Gerstmann S. (1986). *Rozwój uczuć*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Giryński A. (1995). Nastawienia agresywne młodzieży lekko upośledzonej umysłowo a preferowane przez nią wartości moralno-społeczne. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, *6*, 131–142.

Giryński A. (1996). *Wartości w świecie młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie*. Białystok: eRBe.

Giryński A. (1997). Wrażliwość moralna a poziom nastawień agresywnych młodzieży lekko upośledzonej umysłowo i jej rówieśników o prawidłowym rozwoju intelektualnym. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, *8*, 335–346.

Giryński A. (2004). *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia: teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa do późnej dorosłości*. Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

Giryński A., Przybylski S. (1993). *Integracja społeczna osób upośledzonych umysłowo w świetle ujawnianych do nich nastawień społecznych.* Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

Goffman E. (1981). *Człowiek w teatrze życia codziennego.* Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Goldenberg H. (2006). *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Gołaszewska M. (1998). Estetyka wobec pytań egzystencjalnych: funkcje piękna w życiu młodzieży niepełnosprawnej. W: M. Gołaszewska (red.), *Wymiary piękna. Z badań estetyki* sensu largo (s. 125–136). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Gołubiew-Konieczna M. (2002). Różnorodność potrzeb ucznia niepełnosprawnego intelektualnie – możliwości ich zaspokajania w klasie integracyjnej. W: E. Górniewicz, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności* (s. 225–233). Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Goodman R., Scott S. (2000). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.

Górnicki B., Dębiec B., Baszczyński J. (1995). *Pediatria* (t. 1). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Grzegorzewska M. (1968). *Pedagogika specjalna.* Warszawa: Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej.

Gustavsson A., Zakrzewska-Manterys E. (1997). Wprowadzenie: społeczny kontekst upośledzenia. W: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle* (s. 9–30). Warszawa: Żak.

Hall C.S., Lindzey G. (1998). *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hancock T., Perkins F. (1990). The mandala of health. A conceptual model and teaching tool. W: R. Anderson, I. Kickbusch (red.), *Health Promotion. A Resource Book* (s. 8–26). Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe.

Hulek A. (1977). Podstawy rehabilitacji. W: A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna* (s. 21–32). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Hurlock E.B. (1985). *Rozwój dziecka*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Huszcz M. (1999). *Wychowanie seksualne dzieci specjalnej troski w młodszym wieku szkolnym.* Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

Izdebska J. (2000). *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku. Niepokoje i nadzieje*. Białystok: Trans Humana.

Izdebski Z. (2000). *Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Zachowania seksualne.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Izdebski Z. (2005). Postawy Polaków wobec seksualności osób niepełnosprawnych ruchowo i intelektualnie. W: J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń* (s. 35–48). Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

Izdebski Z. (2007). Rodzice dziecka niepełnosprawnego wobec jego seksualności. W: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych* (s. 25–36). Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych.

Jachimczak B. (2005). Kształcenie dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – przegląd aktualnych ofert. W: C. Kosakowski, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych* (s. 249–262). Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Jaczewski A. (1978). Problemy seksualne upośledzonych umysłowo. W: I. Wald (red.), *O integrację społeczną młodocianych i dorosłych upośledzonych umysłowo* (s. 84––87). Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Jaczewski A. (1998). Seks osób niepełnosprawnych. W: J. Rzepka (red.), *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS* (s. 427–429). Katowice: Studio Wydawnicze Agat.

Jaczewski A., Radomski J. (1986). *Wychowanie seksualne i problemy seksuologiczne wieku rozwojowego*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Janiszewska-Nieścioruk Z. (2000). *Znaczenie samooceny w społecznej integracji niepełnosprawnych intelektualnie*. Zielona Góra: Lubuskie Towarzystwo Naukowe.

Janiszewska-Nieścioruk Z. (2002). Samoocena w sferze fizyczno-ruchowej i intelektualnej dzieci z lekką niepełnosprawnością umysłową. W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i szkole* (s. 111—124). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Janiszewska-Nieścioruk Z. (2003). Samoocena a społeczna integracja w lokalnym środowisku młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. *Studia Pedagogica Universitatis Stetinensis*, *4*, 115–128.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Janowski A. (1977). *Aspiracje młodzieży szkół średnich*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Jarymowicz M. (1983). Różnicowanie „ja – inni" i funkcjonowanie w świecie społecznym. W: J. Jarymowicz, Z. Smoleńska (red.), *Poznawcze regulatory funkcjonowania społecznego* (s. 87–122). Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

Jarymowicz M. (1984). *Spostrzeganie własnej indywidualności. Percepcja i atrakcyjność odrębności własnej osoby od innych ludzi*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

Jarymowicz M., Szustrowa T. (1980). Poczucie własnej tożsamości – źródła, funkcje regulacyjne. W: J. Reykowski (red.), *Osobowość a społeczne zachowanie się ludzi* (s. 439–474). Warszawa: Książka i Wiedza.

Jarzębska-Baziak B. (1973). Rodzina dziecka upośledzonego umysłowo. W: *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne*, *18* (s. 3–25). Warszawa: Zarząd Główny Towarzystwa Przyjaciół Dzieci.

John-Borys M. (1997). Zaburzenia strukturalne i funkcjonalne przestrzeni dziecka. W: M. John-Borys (red.), *Pomoc dzieciom zagrożonym patologią środowiska rodzinnego i lokalnego* (s. 34–49). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Joslin K.R. (1996). *Wychowanie dziecka. Poradnik dla rodziców*. Gdańsk: Wydawnictwo Atext.

Karwowska M. (2007). *Macierzyństwo wobec dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Kazanowski Z. (2003). *Środowisko rodzinne młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu lekkim*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Kendall P.C. (2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Kępiński A. (1985). *Melancholia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Kirejczyk K., Kostrzewski J., Wald I. (1981). Współczesne sposoby rozwiązywania problemu upośledzenia umysłowego. W: K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika* (s. 130–141). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Klaro-Celej L., Mossakowska L. (1999). *Komentarz do „Programu wychowania i nauczania dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym"*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Kluczyńska S. (2003). Dodaj skrzydeł swojemu dziecku. *Integracja*, *5(62)*, 31–40.

Kmiecik-Baran K. (2000). *Młodzież i przemoc. Mechanizmy socjologiczno-psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kocik L. (2006). *Rodzina w obliczu wartości i wzorów życia ponowoczesnego świata*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.

Kondáš O. (1984). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Konopnicki J. (1971). *Niedostosowanie społeczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Kopeć D. (1999). *Zachowania autoagresywne osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Poznań: Bajt.

Korzon A. (2004). Mity i stereotypy myślowe o niepełnosprawnych intelektualnie w środowisku społecznym. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, t. 2: *Wybrane problemy społecznego funkcjonowania oraz*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną (s. 27–36). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Kosakowski C. (1996). Podmiotowość i autorewalidacja w pedagogice specjalnej. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, *7*, 99–108.

Kosakowski C. (2003). *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*. Toruń: Akapit.

Kostrzewski J. (1978). *Z zagadnień psychologii dziecka umysłowo upośledzonego*: *materiały pomocnicze do psychologii upośledzonych umysłowo* (t. 2). Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki im. Marii Grzegorzewskiej.

Kostrzewski J. (1981). Poglądy na upośledzenie umysłowe. W: K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika* (s. 54–64). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Kostrzewski J., Wald I. (1981). Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym. Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo. W: K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika* (s. 65–96). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Kościelak R. (1989). *Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Kościelak R. (1995). *Integracja społeczna niepełnosprawnych umysłowo*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Kościelak R. (1996). *Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Kościelska M. (1981). Rozwój osobowości a upośledzenie umysłowe. W: T. Gałkowski (red.), *Zaburzenia osobowości dzieci i młodzieży* (s. 48–54). Warszawa: Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem.

Kościelska M. (1987). Społeczne funkcjonowanie osób upośledzonych umysłowo. *Nowiny Psychologiczne*, *5*, 5–54.

Kościelska M. (1991). Upowszechnienie metody pomocy psychoterapeutycznej dla dzieci z ryzykiem upośledzenia i ich rodzin. Wniosek wdrożeniowy. *Nowiny Psychologiczne*, *1–2*, 45–53.

Kościelska M. (1993). Koncepcja osoby z upośledzeniem umysłowym jako uczestnika życia społecznego. *Przegląd Psychologiczny*, *3*, 343–354.

Kościelska M. (1994). Co to znaczy pomóc osobie upośledzonej? W: Z. Ratajczak (red.), *Psychologiczna problematyka wsparcia społecznego i pomocy* (s. 47–52). Katowice: Uniwersytet Śląski.

Kościelska M. (2000). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kościelska M. (2004a). Czy i jak wspomagać rozwój poczucia tożsamości seksualnej u osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: M. Kościelska, B. Aouil (red.), *Człowiek niepełnosprawny: rodzina i praca* (s. 104–109). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego

Kościelska M. (2004b). *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co.

Kościelska M. (2007). Być kobietą, być mężczyzną – co to znaczy w odniesieniu do osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych* (s. 37–48). Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych.

Kościelska M., Muskat K. (1988). Praca terapeutyczna z rodzicami dzieci upośledzonych umysłowo i dzieci autystycznych. W: M. Kościelska (red.), *Studia z psychologii klinicznej dziecka* (s. 46–62). Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Kowalik S. (1989). *Upośledzenie umysłowe. Teoria i praktyka rehabilitacji*. Warszawa–Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Kowalik S. (2001). Pomiędzy dyskryminacją a integracją osób niepełnosprawnych. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja* (t. 3, s. 36–58). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.

Kowalik S. (2006). Osoby niepełnosprawne i psychologiczne aspekty ich rehabilitacji. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 2, s. 273–286). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kozłowski J. (2003). Zastosowanie teorii uczenia się w terapii małych dzieci z autyzmem na przykładzie projektu wczesnej interwencji O.I. Lovaasa. W: E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia* (s. 49–74). Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

Kruk-Lasocka J. (2005). Seksualność osób upośledzonych umysłowo jako jeden z obszarów ich codziennego życia. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 73–80). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Kruk-Lasocka J., Wawrzyniak A. (2004). Co zrobić z tą miłością? Refleksje nie tylko nad dorosłością osób upośledzonych umysłowo. W: C. Kosakowski, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Rehabilitacja, opieka i edukacja specjalna w perspektywie zmiany* (s. 113–131). Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Kubiak A. (2006). Zaburzenia o podłożu biologicznym a zachowania autoagresywne. W: A. Suchańska, J. Wycisk (red.), *Samouszkodzenia – istota, uwarunkowania, terapia* (s. 77–98). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

Kulczyńska S. (2003). Dodaj swojemu dziecku skrzydeł – jak uczynić dziecko samodzielne? *Integracja*, 5(62), 56–78.

Kwiatkowska M. (2003). Kim chciałbyś zostać. W: M. Piszczek (red.), *Aktywizacja zawodowa uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i umiarkowanym. Przewodnik dla nauczycieli* (s. 67–79). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Larkowa H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Lausch K. (1987). *Teoretyczne podstawy katechizacji osób głębiej upośledzonych umysłowo*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.

Lausch K., Lausch K. (2002). Wychowanie seksualne uczniów z głębszą niepełnosprawnością intelektualną – wybrane zagadnienia. W: M. Piszczek (red.), *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym* (cz. 2, s. 56–76). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Lauschowa U. (1970). Wpływ umysłowo upośledzonego na postawę środowiska – rodzeństwo. W: *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne*, 10–11 (s. 43–61). Warszawa: Zarząd Główny Towarzystwa Przyjaciół Dzieci.

Lausch-Żuk J., Nowak-Lipińska K. (1999). Monodoksja i heterodoksja a adaptacja niepełnosprawnych intelektualnie w wybranych placówkach. W: T. Sołtysiak, M. Kowalczyk-Jamnicka (red.), *Utrudnienia adaptacyjne młodego pokolenia* (s. 117–124). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Lew-Starowicz Z. (2005). Seksualność niepełnosprawnej młodzieży. W: J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń* (s. 28–34). Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

Lipińska J. (1999). Układ stosunków emocjonalno-społecznych między dziećmi w integracyjnych klasach szkolnych. W: A. Maciarz (red.), *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych* (s. 63–71). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Lipińska J. (2000). Zaspokajanie potrzeb psychicznych dzieci niepełnosprawnych w klasach integracyjnych. W: A. Rakowska, J. Baran (red.), *Dylematy pedagogiki specjalnej* (s. 127–133). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Lipkowski O. (1984). *Pedagogika specjalna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Lovaas O.I. (1993). *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Mój elementarz*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Lovaas O.I., Smith T. (2006). Wczesna intensywna interwencja behawioralna w autyzmie. W: A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach* (s. 365–382). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Łapińska R., Żebrowska M. (1986). Wiek dorastania. W: M. Żebrowska (red.), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży* (s. 664–796). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Łapiński B. (1988). Rola rodziny w osiągnięciu autonomii przez dziecko w okresie dorastania, *Psychologia Wychowawcza*, *5*, 499–507.

Maciarz A. (2003). Integracja edukacyjna w świetle oczekiwań i doświadczeń dzieci niepełnosprawnych. *Szkoła Specjalna*, *4*, 196–201.

Maciarz A. (2004). Znaczenie więzi emocjonalno-społecznych w tworzeniu macierzyństwa dla dziecka niepełnosprawnego. *Szkoła Specjalna*, 2, 83–87.

Maciarz A. (2006). *Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Majewski T. (1998). Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń – problemy i nowe propozycje. *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*, *1*, 64–68.

Malewska-Peyre H. (1992). Ja wśród swoich i obcych. W: P. Boski, M. Jarymowicz, H. Malewska-Peyre (red.), *Tożsamość a odmienność kulturowa* (s. 15–59). Warszawa: Instytut Psychologii PAN.

Markowski M.P. (2003). Inność. *Res Publica Nowa*, *2(173)*, 84–86.

Mejnarowicz D. (2002). Seksualność osób z zespołem Downa. W: A. Suchcicki (red.), *Wieczne dzieci czy dorośli. Problem seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 7–28). Warszawa: Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani".

Mikrut A. (1995). Lęk a samoocena i samoakceptacja uczniów szkoły podstawowej dla upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, *6*, 143––156.

Mikrut A. (1998). Postawy wychowawcze rodziców a samoocena i samoakceptacja u ich dzieci uczęszczających do szkoły podstawowej dla lekko upośledzonych umysłowo. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, *9*, 197–209.

Mikrut A. (2000). Próba wyjaśnienia związku między agresją i upośledzeniem umysłowym. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, *11*, 30–41.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Miluska J. (1992). Tożsamość płciowa człowieka w cyklu życia. *Przegląd Psychologiczny*, *35(3)*, 365–366.

Miluska J. (1996). *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.

Miłkowska A. (2006). Rola rodziny w kształtowaniu się poczucia sensu życia u adolescentów. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Wokół wychowania. Rola rodziny i szkoły w procesie socjalizacji dziecka* (s. 141–148). Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki.

Minczakiewicz E. (1997). Dzieci niepełnosprawne umysłowo w percepcji ich pełnosprawnych rówieśników. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, *8*, 393–405.

Minczakiewicz E. (1999). Dylematy życiowe w autopercepcji i samoocenie dorastającej młodzieży o obniżonej sprawności umysłowej. W: B. Aouil (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Zagrożenia i szanse rozwoju* (s. 215–228). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Minczakiewicz E. (2002). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i szkole*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Minczakiewicz E. (2004). Dorastanie osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w obszarze zainteresowania nauk o zdrowiu i wychowaniu. W: Z. Gajdzica, A. Klinik (red.), *Wątki zaniedbane, zaniechane, nieobecne w procesie edukacji i wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych* (s. 309–315). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Minczakiewicz E. M. (2005). Agresja jako skutek osłabienia więzi w rodzinie i deprywacji potrzeb młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 109–119). Kraków: Oficyna wydawnicza Impuls.

Molicka M. (1994). Rozwój psychoseksualny upośledzonych umysłowo w świetle literatury i rozważań własnych. *Szkoła Specjalna*, *3*, 147–153.

Mostowin D. (1989). Terapia rodziny z uwzględnieniem przestrzeni życiowej. *Z Pomocą Rodzinie*, *28 (3)*, 21–30.

Mrugalska K. (1988). Rodzice i dzieci. W: H. Olechnowicz (red.), *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego* (s. 36–45). Warszawa: Nasza Księgarnia.

Newcomb T.M., Turner R., Converse P.E. (1970). *Psychologia społeczna: studium interakcji ludzkich*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Nowak-Lipińska K. (1996a). Pytanie o miejsce edukacji seksualnej w systemie rehabilitacji osób z głębszym upośledzeniem umysłowym. W: W. Dykcik (red.), *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych* (s. 193–204). Poznań: Wydawnictwo Eruditus.

Nowak-Lipińska K. (1996b). Masturbacja osób z głębszym upośledzeniem umysłowym. W: W. Loebl (red.), *Dylematy pedagogiczne w rewalidacji osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi* (s. 43–56). Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Nowak-Lipińska K. (2002). Na antypodach płciowości – wielowymiarowość zachowań homoseksualnych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W: W. Dykcik, C. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy* (s. 483–498). Olsztyn–Poznań––Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego Oddział w Poznaniu.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Obuchowska I. (1982). Psychologiczne aspekty dojrzewania. W: A. Jaczewski, B. Woynarowska (red.), *Dojrzewanie* (s. 131–206). Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Obuchowska I. (1996). *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Obuchowska I. (1999). Dzieci niepełnosprawne w stopniu lekkim. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (s. 212–252). Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Obuchowska I. (2004). Adolescencja. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2: *Charakterystyka okresów życia człowieka* (s. 163–201). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Obuchowska I. (2005). Dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (s. 199–239). Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Obuchowska I. (2006). Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 2, s. 25–46). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Obuchowska I. (2007). *Dzieci małe i duże. Jak je kochać i rozumieć*. Poznań: Media Rodzina.

Obuchowska I., Jaczewski A. (2002). *Rozwój erotyczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Olechnowicz H. (1978). Potrzeby psychiczne dzieci głębiej upośledzonych. W: J. Kostrzewski (red.), *Z zagadnień psychologii dziecka umysłowo upośledzonego* (t. 1, s. 16–54). Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

Olechnowicz H. (1988). *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*. Warszawa: Nasza Księgarnia.

Oleszkowicz A. (2006). *Bunt młodzieńczy. Uwarunkowania. Formy. Skutki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Olszewski S. (1995). Poziom samooceny i samoakceptacji uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim a ich pozycja socjometryczna w zespole klasowym. *Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie. Prace Pedagogiczne*, *18*, 21–30.

Olszewski S. (2004). Zachowania agresywne u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. W: J. Danilewska (red.), *Powstrzymać agresję u progu szkoły* (s. 73–84). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Olszewski S. (2005). *Postrzeganie przestrzeni życiowej przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście zachowań agresywnych*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Opozda D. (2006). Wychowawcze oddziaływanie rodziców w zakresie kształtowania tożsamości młodzieży. *Roczniki Nauk Społecznych*, *34(2)*, 111–121.

Orkisz M. (2000). *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym. Przewodnik dla nauczycieli*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Ostrowska A. (2001). *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.

Ostrowska A. (2007). Seksualność osób niepełnosprawnych. W: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych* (s. 11–24). Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Oszustowicz B. (1994). Uczeń upośledzony umysłowo w szkole masowej. W: J. Frenczyn, J. Wyczesany (red.), *Edukacja i integracja osób niepełnosprawnych. Materiały Pierwszego Europejskiego Kongresu „Niepełnosprawni Bliżej Europy"* (s. 123–136). Kraków: Polskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Ostoja.

Oszustowicz B. (1997). Sytuacja szkolna uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim skierowanych do szkół specjalnych po kilkuletnim okresie nauki w szkole masowej. *Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP*. *Prace Pedagogiczne*, *20*, 92–102.

Otrębski W. (2001). *Osoby z upośledzeniem umysłowym w sytuacji pracy. Psychospołeczne korelaty poziomu kompetencji zawodowej osób z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Otrębski W. (2007). *Interakcyjny model rehabilitacji zawodowej osób z upośledzeniem umysłowym*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Pichalski R. (2005). Potrzeby seksualne młodzieży szkolnej z lekkim upośledzeniem umysłowym (w porównaniu z młodzieżą w normie intelektualnej). W: J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń* (s. 110–114). Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

Pilecka W. (1990). Obraz samego siebie uczniów upośledzonych umysłowo w ich własnej ocenie oraz w ocenie nauczycieli. W: *Osoba upośledzona umysłowo a oddziaływania środowiskowe. Materiały z VII Ogólnopolskiej Konferencji z zakresu defektologii* (s. 213–224). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Pilecka W. (2005). Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności umysłowej. W: W. Pilecka, J. Pilecki (red.), *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej* (s. 9–15). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Pilecka W., Pilecki J. (1996). Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo. W: W. Dykcik (red.), *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych* (s. 31–38). Poznań: Eruditus.

Piszczek M. (2006). Świadomość ciała. *Światło i Cienie*, *2*, 11–23.

Piszczek M. (red.) (2002). *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych w stopniu znacznym i umiarkowanym* (cz. 2). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Plopa M. (2005). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Popielarska A. (1981). *Psychiatria wieku rozwojowego*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Popielski K. (1994). *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia.* Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Popielski K. (2002). Rodzina jako locus sensu. *Studia Pelplińskie*, *33*, 511–523.

Poraj G. (2006). Wyznaczniki, cele i przejawy agresji w świetle badań młodzieży szkolnej. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Wokół wychowania. Rola rodziny i szkoły w procesie socjalizacji dziecka* (s. 196–208). Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki.

Porczyńska A. (2008). Zaburzenia psychiczne u osób z rozpoznanym upośledzeniem umysłowym. W: Z. Gajdzica (red.), *Wspólne i swoiste zagadnienia edukacji i rehabi-*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

litacji osób z upośledzeniem umysłowym (s. 27–37). Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza Humanitas.

Przebinda E.A., Smakosz K. (2002). Być kobietą, być mężczyzną – dorastanie dzieci głębiej upośledzonych umysłowo. W: M. Piszczek (red.), *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym* (cz. 2, s. 42–48). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Przetacznik-Gierowska M. (2002). Zasady i prawidłowości psychicznego rozwoju człowieka. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 1: *Zagadnienia ogólne* (s. 57–84). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M. (2002). Ekologiczne uwarunkowania rozwoju psychicznego człowieka. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 1: *Zagadnienia ogólne* (s. 85–101). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Przetacznikowa M. (1972). *Na przełomie dzieciństwa i młodości*. Warszawa: Książka i Wiedza.

Ranschburg J. (1993). *Lęk, gniew, agresja*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Reber A. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Rola J. (1996). *Upośledzenie umysłowe jako czynnik ryzyka dla depresji dziecięcej*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

Rola J. (2005). Poczucie osamotnienia a depresja dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. W: A. Klinik, J. Rottermund, Z. Gajdzica (red.), *Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej* (s. 137–145). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Rola J. (2007). Współczesne podejście do problemu obecności depresji i zaburzeń zdrowia psychicznego u osób upośledzonych umysłowo. *Psychiatria Polska*, *41(2)*, 203––216.

Schaffer H.R. (2005). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sękowska M. (2000). Neopsychoanalityczna koncepcja Erika H. Eriksona. W: P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia, osobowość, wiara, religijność* (s. 101––143). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Sękowski A. (1999). Postawy wobec osób niepełnosprawnych. *Psychologia Wychowawcza*, *3*, 237–246.

Sękowski A., Witkowska B. (2002). W kierunku typologii uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych. *Roczniki Psychologiczne*, 5, 129–144.

Sherborne V. (1999). *Ruch rozwijający dla dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sidor B. (2005). *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania młodzieży mającej rodzeństwo z niepełnosprawnością umysłową*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Siek S. (1984). *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie.* Warszawa: Krajowa Agencja Wydawnicza.

Skorny Z. (1968). *Psychologiczna analiza agresywnego zachowania się*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Skowrońska D. (1997). Zachowania agresywne upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim a poziom ich wrażliwości moralnej. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, *8*, 461––467.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Skórczyńska M., Sadowska L. (2001). Postrzeganie roli rodzica przez matki i ojców dzieci z zespołem Downa. *Szkoła Specjalna*, *2*, 67–75.

Smykowska D. (2008). *Współpraca szkoły z rodziną w zaspokajaniu potrzeb rozwojowych dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym – działania stosowane i postulowane*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Sobolewska A. (2000). Dzieci z innego podwórka, czyli granice integracji. *Bardziej Kochani*, *1*, 7–10.

Spionek H. (1975). *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Stanisławski P. (2004). Seks upośledzony. *Integracja*, *4*, 14–18.

Stasiakiewicz M.P. (2001). Sytuacje trudne w życiu dziecka. W: I. Obuchowska (red.), *Jak sobie radzić z niechcianymi uczuciami. Poradnik dla nauczycieli i wychowawców* (s. 36–68). Poznań: Media Rodzina.

Stobart G. (2000). Czy psychologia potrafi uzasadnić ideę integracji dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. W: G. Fairbairn, S. Fairbairn (red.), *Integracja dzieci o specjalnych potrzebach. Wybrane zagadnienia etyczne* (s. 38–68). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Suchańska A. (2001). W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczenia. Samoniszczenie a kompetencje samoopiekuńcze. *Forum Oświatowe*, *2*, 61–73.

Suchańska A., Krysińska K. (2003). *Samobójstwo. Perspektywa psychologiczna*. Konin: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa.

Szczepska-Pustkowska M. (2003). Dorastanie do bycia z innością. W: K.D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej* (s. 321–333). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Ślenzak J. (1978). *Znaczenie postaw rodziców w procesie usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich**.**

Tomaszewski T. (1982). Człowiek i otoczenie. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 5–23). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Turner J.S., Helms D.B. (1999). *Rozwój człowieka*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Twardowski A. (2003). Wczesne wspomaganie rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne intelektualnie. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, t. 1: *Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 101–109). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Twardowski A. (2005). Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (s. 18–54). Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Tylewska-Nowak B. (2001). *Autonomia osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w opinii wybranych grup społecznych*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.

Tyszka Z. (2002). *Rodzina we współczesnym świecie*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.

Tyszkowa M. (1986). *Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Tyszkowa M. (1988). Rozwój psychiczny jako proces strukturacji i restrukturacji doświadczenia. W: M. Tyszkowa (red.), *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu ży-*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

cia. Zagadnienia teoretyczne i metodologiczne (s. 44–98). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
Tyszkowa M. (1990). Rodzina, doświadczenie i rozwój jednostki. W: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki* (s. 13–37). Poznań: Centralny Program Badań Podstawowych.
Vanier J. (1996). Nauczyć się kochać. *Światło i Cienie*, *2(12)*, 23–35.
Vanier J. (2001). Wychowanie uczuciowe i seksualne. *Światło i Cienie*, *2(32)*, 8–14.
Wachowiak A. (2001). *Współczesne problemy socjologii rodziny*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Rolniczej im. A. Cieszkowskiego.
WHO (1985). *Upośledzenie umysłowe. Podjąć wyzwanie*. Warszawa: Zgromadzenie Główne Towarzystwa Przyjaciół Dzieci. Komitet Pomocy Osobom Upośledzonym Umysłowo.
Witkowski T. (1993). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*. Warszawa: MDBO.
Witkowski T. (1998). Obraz siebie u młodzieży z lekkim upośledzeniem umysłowym. W: M. Chodkowska (red.), *Pedagogika specjalna wobec potrzeb teraźniejszości i wyzwań przyszłości* (s. 59–72). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
Wojciechowski F. (1984). Środowisko rodzinno-wychowawcze dziecka upośledzonego w stopniu lekkim. W: A. Hulek (red.), *Rewalidacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w rodzinie* (s. 34–59). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
Wojciechowski F. (1990). *Dziecko umysłowo upośledzone w rodzinie. Studium porównawcze*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
Wojciechowski F. (1996). Człowiek u Kępińskiego i Vaniera – próba zbliżenia. W: F. Wojciechowski (red.), *Idee słabości. Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych* (s. 134–156). Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
Wojciechowski F., Sowa J. (2001). *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*. Rzeszów: Fosze.
Wolański N. (1982). Dojrzewanie jako etap w rozwoju osobniczym człowieka. W: A. Jaczewski, B. Woynarowska (red.), *Dojrzewanie* (s. 12–50). Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
Woynarowska B. (2005). Ryzykowne zachowania seksualne 15-latków. *Remedium*, *2(144)*, 14–15.
Wright B. (1965). *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
Wycisk J. (2006a). Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska. W: A. Suchańska, J. Wycisk (red.), *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia* (s. 11–18). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
Wycisk J. (2006b). Psychologiczne funkcje samouszkodzeń umiarkowanych. W: A. Suchańska, J. Wycisk (red.), *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia* (s. 45–58). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
Wyczesany J. (2007). *Pedagogika upośledzonych umysłowo. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Zaborowski Z. (1996). *Współczesne problemy psychologii społecznej i psychologii osobowości*. Warszawa: Profi.
Zachara B., Dobosiewicz H. (1987). Wybrane zagadnienia oligofrenopsychologii. W: A. Wyszyńska (red.), *Psychologia defektologiczna* (s. 25–50). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436

Zaremba J. (2003). *Aspekty genetyczne rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością intelektualną*. W: A. Firkowska-Mankiewicz (red.), *Życie emocjonalne i rodzinne osób z niepełnosprawnością intelektualną w aspekcie seksualności. XXVIII Sympozjum Naukowe, Warszawa, 2–3 grudnia 2002* (s. 33–45). Warszawa: Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób Upośledzonych Umysłowo.

Ziemska M. (1973). *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: Wiedza Powszechna.

Ziółkowska B. (2005). Okres dorastania. Jak rozpoznać ryzyka i jak pomagać? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka* (s. 379–421). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Żmudzka M. (2003). Samoocena dzieci niepełnosprawnych intelektualnie uczęszczających do klas integracyjnych. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, t. 1: *Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 47–57). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Żółkowska T. (2003). Poziom samoakceptacji osób z głębszą niepełnosprawnością. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, t. 1: *Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 50–68). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Żółkowska T. (2004). *Wyrównywanie szans społecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Uwarunkowania i obszary*. Szczecin: Wydawnictwo Oficyna In Plus.

Żółkowska T. (2005). Rehabilitacyjny wymiar aspiracji osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 165–173). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Żółkowska T. (2006a). Podmiotowość osoby niepełnosprawnej intelektualnie w teorii i praktyce. W: C. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński (red.), *Pomiędzy teorią a praktyką. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, *5* (s. 249–261). Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Żółkowska A. (2006b). Niepełnosprawność intelektualna z perspektywy koncepcji tożsamości społecznej. W: C. Kosakowski, A. Krause, A. Żyta (red.), *Osoba z niepełnosprawnością w systemie rehabilitacji, edukacji i wsparcia społecznego. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, *6* (s. 78–84). Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7200033A66336436